

2024

La participación social en un grupo de personas mayores con diagnóstico de demencia que concurren al taller de intervención asistida con perros desarrollado en el centro integral de memoria G.A.M.A.

Arcuri, Lucero Mara

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/712>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

La participación social en un grupo de personas mayores con diagnóstico de demencia que concurren al taller de Intervención Asistida con Perros desarrollado en el Centro Integral de la Memoria G.A.M.A.

Arcuri, Lucero Mara y Di Rocco, Camila

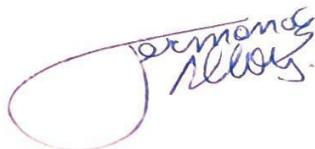
Tesis presentada a la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, de la Universidad Nacional de Mar del Plata para optar por el título de Lic. en Terapia Ocupacional

Directora: Fernández Albouy, Adriana Amelia

Período 2023-2024, Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina

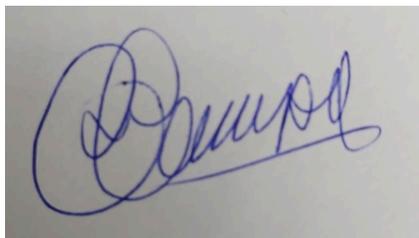
Dirección y asesoramiento

Directora

A handwritten signature in purple ink, appearing to read "Adriana Fernández Albouy".

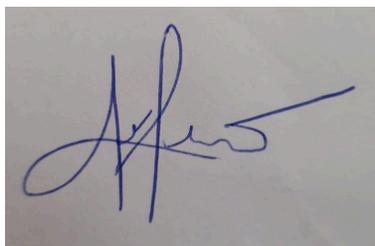
Lic. en Terapia Ocupacional Fernández Albouy Adriana Amelia

Asesora Metodológica

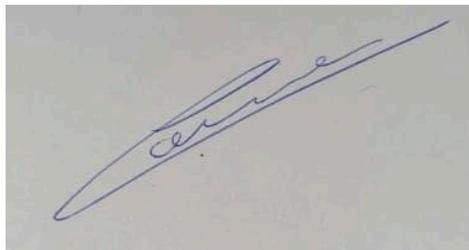
A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Campisi María Alejandra".

Taller de Tesis Lic. Campisi María Alejandra

Autoras

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Arcuri Lucero Mara".

Arcuri Lucero Mara

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Di Rocco Camila".

Di Rocco Camila

Agradecimientos

En principio nos gustaría agradecer a nuestros familiares y amigos/as que nos acompañaron en este trayecto facultativo, quienes siempre estuvieron en los momentos buenos y malos. Sin ustedes no hubiera sido lo mismo.

A Adriana, nuestra directora, quien siempre nos ayudó y aconsejó desde su experiencia personal y profesional, permitiéndonos acceder a su espacio laboral y a sus mascotas, Lola y Copito. A ellos, les agradecemos su presencia cálida y amorosa en cada encuentro.

A Alejandra, asesora del taller de tesis, quien nos brindó calma y apoyo desde el primer día. Gracias por compartirnos tu tiempo y tu sabiduría para recorrer este camino.

Al Centro Integral de la Memoria G.A.M.A. que nos permitió ingresar a la institución y realizar nuestra investigación en sus espacios; y a la Lic. Juliana, quien nos recibió e incluyó en su taller y nos ofreció ayuda cuando la requerimos.

Y, por último y no menos importante, un especial agradecimiento a la universidad nacional pública, gratuita y de calidad, y a las profesoras y profesores que la integran. La presencia de cada uno/a, su motivación diaria y su compromiso dejaron una gran huella en nuestra formación profesional, que, esperamos, podamos reflejar en nuestro futuro.

Lu y Cami.

Índice

Parte I	7
Resumen.....	8
Introducción	9
Justificación	13
Estado del arte.....	14
Parte II - Marco teórico	29
Capítulo I. El envejecimiento como parte del curso de vida	30
Geriatría y Gerontología	30
Revisión histórica de las vejeces	31
Vejez y envejecimiento	33
Viejismo	35
Teorías y paradigmas del envejecimiento	37
La demencia como cuadro asociado al envejecimiento	44
Las vejeces en Argentina-Mar del Plata	48
Capítulo II. Terapia Ocupacional y Participación Social como ocupación	50
Concepto de Terapia Ocupacional	50
Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional	52
Participación Social	57
Modelo de Ocupación Humana	62
Capítulo III. Intervención Asistida con Animales: el rol terapéutico de los perros	66
Revisión histórica de la Intervención Asistida con Animales	66

Clasificaciones y conceptos	67
Terapia Asistida con Animales: Intervención Asistida con Perros	69
El perro en la intervención terapéutica	72
Diferenciación y características de los perros de asistencia y los perros de terapia	73
Capítulo IV. Rol de TO en la intervención asistida con perros.....	75
Actividades con el perro como medio terapéutico.....	75
La Terapia Ocupacional y las vejeces en el taller de IAP	77
Posibles dificultades de la implementación de IAP desde el rol del terapeuta ocupacional.....	79
Parte III.....	80
Aspectos metodológicos.....	81
Problema	81
Objetivos generales	81
Objetivos específicos	81
Enfoque, diseño y tipo de estudio	82
Descripción del grupo de estudio	82
Definición de variable: participación social	84
Instrumentos de recolección de datos.....	89
Procedimiento	90
Ética de la investigación	91
Plan de tabulación y análisis	91
Descripción de la institución elegida para la investigación	92
Protocolo de intervención	93

Elección del Can	95
Parte IV	97
Resultados	98
Experiencia personal de los concurrentes	112
Análisis e interpretación de resultados	114
Conclusiones	118
Referencias	121
Anexo I	127
Anexo II	129
Anexo III	130
Anexo IV	132

Parte I



Resumen

La participación social se comprende como un conjunto de ocupaciones mediante la cual los sujetos se integran a actividades íntimas, comunitarias y sociales, fomentando su autonomía y una buena calidad de vida. En el caso de las personas mayores con diagnóstico de demencia se ve vulnerada ante cambios de roles, como dejar de trabajar. Por ello, esta tesis tuvo como objetivo analizar la participación social de un grupo asistente a un taller de la institución G.A.M.A. y describir el rol del terapeuta ocupacional en el mismo. En este, se implementó la Intervención Asistida con Animales, estimulando la participación verbal y no verbal de los concurrentes con las profesionales, con la perra de terapia, con la actividad y entre ellos.

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, no experimental, longitudinal y descriptivo. Se confeccionaron dos instrumentos administrados por las tesisas: una ficha sistemática de observación y un cuestionario.

Los resultados destacaron que la participación fluctuó en los encuentros por diversos factores, pero siempre estuvo presente. Se concluyó que asistir a un taller con pares junto a un animal de terapia, favoreció la interacción verbal y no verbal, la interdependencia social, los lazos sociales y estimuló un mejor estado de ánimo. Esto propicia una mejor calidad de vida, manteniendo y/o asumiendo nuevos roles. Además se destacó el rol de la terapeuta ocupacional, quien generó un espacio significativo en los encuentros. Igualmente, se reflexionó sobre la necesidad de nuevas investigaciones con mayor cantidad de integrantes y tiempo para su realización.

Palabras clave: “Personas Mayores”, “Intervención Asistida con Perros”, “Terapia Ocupacional”, “Participación social”.

Introducción

La presente investigación comenzó por el interés de las autoras en la temática de las Intervenciones Asistidas con Perros (IAP) en personas mayores con diagnóstico de demencia. Al realizar un relevamiento informal en la ciudad de Mar del Plata, se tomó conocimiento que una de las pocas (o única) persona que se dedica a este trabajo, es Adriana Fernández Albouy, Lic. en Terapia Ocupacional y Técnica en Intervenciones Asistidas (TIA). Ella es la coordinadora del Programa Municipal de Terapia Asistida con Animales (TAA), servicio que se encuentra dentro de la dirección de Zoonosis, perteneciente a la Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón.

La TAA cuenta con una gran historicidad a nivel global, aunque su auge se presentó luego de la Segunda Guerra Mundial. Debido a la gran cantidad de personas que adquirieron una discapacidad, se observó la necesidad de profundizar en nuevas terapias y tratamientos, realizados desde distintas áreas a las ya conocidas hasta entonces. Paralelamente, con el transcurrir de los años, se presentó un crecimiento exponencial de personas mayores en el mundo, y según las proyecciones, este continuará en aumento. Factores como el avance de la medicina, la tecnología y la baja tasa de natalidad contribuyen a que esto se fomente aún más.

No obstante, muchas veces este incremento de la longevidad no se acompaña con una buena calidad de vida, debido a que diversos deterioros y/o enfermedades se instauran en las personas de edad avanzada, como es el caso de la demencia. Luego de instalados dichos cuadros, evolucionan y persisten durante años debido a largos tratamientos farmacológicos a los que las personas se someten.

Al realizar una revisión bibliográfica se observó que la población de personas mayores se encuentra vulnerada históricamente, dado que diversos prejuicios y estereotipos atraviesan a las sociedades. Esto se ve agravado por el diagnóstico de demencia, ya que muchos sujetos suelen no brindarle la entidad que merece y, de manera consciente o inconsciente, pasan por alto derechos básicos, como lo es el trato digno, el respeto por sus deseos e intereses, infantilizar y/o simplificar medios de abordajes, entre otros. Es decir, se vulnera a las personas, se les quita su poder de decisión, su autonomía y se los somete a experiencias indeseadas.

Por otra parte, dentro de las características que se asocian con la evolución de la demencia, se destacó la tendencia al ensimismamiento y al aislamiento social, la disminución o pérdida de roles y la modificación de hábitos y rutinas. Todos estos aspectos se retroalimentan constantemente y, en conjunto con las vivencias afectivas-emocionales, profundizan el avance con mayor rapidez del deterioro cognitivo, provocando el debilitamiento de la autonomía e independencia de los individuos.

Por este motivo, la relevancia de la Terapia Ocupacional en el área gerontológica, precisamente en personas mayores con diagnóstico de demencia, radica en la necesidad de reflexionar sobre la importancia de realizar abordajes desde una perspectiva de derechos humanos, considerando los deseos e intereses de las personas involucradas, como así también sus necesidades. Para esto se consideró fundamental en la presente investigación partir de la base de la Convención Interamericana de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIDHPM, 2015). En función de la misma, se debe repensar desde el ámbito profesional el lugar que se le brinda a la ocupación de las personas durante esta etapa y este diagnóstico. Además, se

retomaron diversos modelos y paradigmas que realizan una revisión histórica, dando cuenta de las perspectivas que atraviesan a las sociedades para con dicha población.

Por otro lado, como se mencionó al inicio de la introducción, las TAA han encontrado su auge a mitad del siglo XX debido a múltiples factores. Su desarrollo ha incluido diversos medios de abordajes, creando terapias con distintos animales, entre los que se encuentran caballos, perros y delfines. En este caso se retomaron las IAP, las cuales son un medio de terapia que demuestra beneficios en aspectos físicos, psíquicos, cognitivos y terapéuticos.

En relación a lo desarrollado, surgió la inquietud de analizar y describir cómo es la participación social de un grupo de personas mayores con diagnóstico de demencia que reciben IAP en el Centro Integral de la Memoria (G.A.M.A.) en la ciudad de Mar del Plata. Además, se pretendió describir el rol del Terapeuta Ocupacional en este tipo de tratamiento.

Para ello, se propuso una investigación de enfoque cuantitativo, con un diseño de tipo no experimental, longitudinal. Se seleccionó en este estudio a la participación social como temática principal, la cual es comprendida como aquellas actividades que implican una interacción social con otras personas. Así, como lo propone la AOTA (2020), se incluyen actividades comunitarias, con pares, con pareja íntima, con familiares y con amigos. En este caso, se hizo hincapié en la participación social con pares para su profundización en la dinámica del taller.

El presente estudio se desarrolló a partir del taller de estimulación con IAP, coordinado por la Lic. Ramella Juliana y co-coordinado por la Lic. Fernández Albouy. El mismo dio su comienzo a principios del año 2023 con una frecuencia quincenal. Las Lic. planificaron cada taller con sus respectivos objetivos terapéuticos, con los recaudos necesarios tanto con el animal

de terapia, como con los usuarios y el contexto. No obstante, para esta investigación se estimó un total de cuatro encuentros, con frecuencia semanal.

El grupo concurrente fue de 17 personas, entre las que se incluyeron hombres y mujeres con diagnóstico de demencia de 60 años de edad en adelante, quienes asistieron habitualmente los lunes por la mañana. A los fines de la presente investigación, se establecieron criterios de inclusión y exclusión para con la población de estudio.

Para obtener la información pertinente a la participación social, se generaron dos instrumentos de recolección de datos: una ficha sistemática de observación (**Anexo I**) y un cuestionario (**Anexo II**), el cual fue implementado tanto al comienzo y al final de taller, con la finalidad de conocer los sentires de las personas participantes. Ambos fueron administrados por las tesisistas durante el desarrollo de los talleres.

Con la elaboración e implementación de dichos instrumentos se aspiró a realizar un aporte al conocimiento de la participación social en personas mayores diagnosticadas con demencia, observando, analizando y describiendo cómo esta se presenta en el transcurso de la IAP.

Justificación

El aporte de la presente investigación podría ser significativo dado que, al realizar una revisión bibliográfica, se observó la escasez de investigaciones de IAP en la población de personas mayores con diagnóstico de demencia, siendo estas prevalentes en la población de niños. Por lo tanto, se consideró relevante ampliar la mirada y los conocimientos de dicha temática, siendo necesario repensar y resignificar la ocupación en edades avanzadas con diagnóstico de demencia, ya que la misma se ha visto vulnerada y subestimada históricamente.

Respecto a ello, los encuentros desarrollados podrían tender a atenuar el aislamiento, ensimismamiento, sentimientos de tristeza y baja autoestima de las personas mayores con diagnóstico de demencia. Esto mitigaría el deterioro cognitivo veloz y progresivo, y fomentaría la motivación, sentimientos de bienestar y participación social.

Por último, y no menos importante, los resultados obtenidos de la presente investigación pretenden ser un aporte significativo para el campo gerontológico, destacando el rol del terapeuta ocupacional en estas intervenciones. A su vez, utilizar un medio de abordaje alternativo supone ampliar los horizontes y el bagaje de herramientas de la profesión.

Estado del arte

Se realizó una búsqueda bibliográfica en diversas fuentes on-line como Scielo, Google Scholar, PubMed y Scribd en torno a las temáticas principales del presente estudio, por lo cual se incluyeron las siguientes palabras claves: “Intervención Asistida con Perros”, “Envejecimiento”, “Participación Social”, “Terapia Ocupacional”. Se utilizaron publicaciones desde el año 2013 hasta la actualidad, publicadas en español y consideradas más relevantes a los fines académicos.

Otro aspecto en el cual se enfatizó es en la importancia de la participación social de las personas para mantener, recuperar y/o fortalecer la salud y el bienestar.

En un comienzo se expondrá aquella bibliografía hallada en relación a la participación social.

Es pertinente comenzar con una revisión del Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional, perteneciente a la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), la cual dio inicio con la publicación de su primer documento en 1979, donde se propuso la utilización de una terminología uniforme dentro del ámbito profesional de Terapia Ocupacional (T.O.). Esta proporciona una guía, una base y/o una estructura sobre la cual los profesionales pueden construir sus abordajes terapéuticos, por lo que se decidió realizar una revisión cada cinco años de sus documentos para actualizar conceptos y clasificaciones mediante la comisión de práctica (MTPTO).

Su última actualización fue realizada en 2018, mientras que su traducción al castellano data del año 2020. La misma se encuentra subdividida en dos grandes secciones, llamadas “Dominio” y “Proceso”. Dentro del primero se establecen las áreas de incumbencias profesionales, mientras que en el segundo se encuentra una guía de la prestación de servicios profesionales para llevar a cabo el proceso de T.O.

Dentro del dominio se encuentran las áreas, clasificadas por ocupaciones, contextos, patrones de desempeño, habilidades de desempeño y factores del cliente. Dentro de las ocupaciones se encuentran diversos aspectos, pero, a los intereses de esta investigación, se realizó hincapié en la participación social, definida en AOTA (2020) como un:

Entretejido de ocupaciones para apoyar la participación deseada en actividades comunitarias y familiares, así como aquellas que involucran a compañeros y amigos (Schell & Gillen, 2019, p. 711) participación en un subconjunto de actividades que

incorporan situaciones sociales con otros (Bedell, 2012) y que apoyan la interdependencia social (Magasi & Hammel, 2004). (p. 81)

En la revisión bibliográfica en relación a la participación social en la población de personas mayores se consideró importante a la investigación de Sepúlveda-Loyola et al. (2020), quienes tuvieron como objetivo “analizar el efecto de la participación social en la salud de las personas adultas mayores e identificar los principales instrumentos de evaluación de la participación social” (p. 342).

Para ello, realizaron una amplia revisión bibliográfica en Pubmed, Scielo, Scopus y Google Scholar, utilizando artículos escritos entre 2010 y 2020. Se tuvieron en cuenta los siguientes ejes de investigación: “definición de la participación social”, “beneficios de la participación social para la salud física y mental del adulto mayor”, “salud pública y participación social”, “evaluación de la participación social”. Finalmente, fueron 16 estudios los seleccionados, los cuales fueron realizados en Norteamérica (6), Asia (5), Europa (3) y América Latina (2).

Cuando definieron a la participación social, la consideraron como un factor protector de las personas mayores, la cual es beneficiosa para la salud y para la interacción social e integración con el resto de la comunidad.

Aquí plantearon que las actividades sociales presentan un gran beneficio para las personas mayores, ya que logran mantener una conexión entre los sujetos y su entorno, permitiendo mayor orientación témporo espacial, la realización de sus actividades de la vida diaria y mantener roles activos. De esta manera, se estimulan aspectos cognitivos, físicos, sensoriales, emocionales y sistémicos.

Por otra parte, la revisión literaria da cuenta de que no existe un consenso establecido de criterios para identificar la participación social en las personas mayores. Esto podría deberse a la diferencia de accesibilidad y posibilidades que tiene esta población según el lugar en el que habita.

En base a la bibliografía, los autores confeccionaron un cuestionario para conocer la participación social del adulto mayor dentro del contexto latinoamericano. Este cuenta con seis tipos de actividades entre las que se incluyen actividades y/o reuniones de adultos mayores, con vecinos o partidos políticos, religiosas, de voluntariado y recreativas en la comunidad. También cuenta con una pregunta para conocer la función de la persona dentro de la organización o grupo.

El cuestionario llevado a cabo se orientó a realizar acciones promo-preventivas de la salud en conjunto con organizaciones comunitarias, pudiendo relevar aquellas personas mayores que no poseen una red de apoyo, no se vinculan con ningún centro comunitario o presentan un deterioro cognitivo/físico, con el objetivo de promover la participación social de dichos sujetos.

Por otro lado, Gallardo-Peralta et al. (2016) abordaron en su trabajo la relación de las temáticas de envejecimiento exitoso y de participación social, considerando que ésta última, durante el envejecimiento, se asocia con la buena salud mental y física, la satisfacción vital, la calidad de vida y la autovalencia. Para alcanzar el objetivo, se realizó un trabajo de campo en Chile durante julio y agosto del año 2015, con una muestra de 777 personas mayores. Además, se emplearon instrumentos de evaluación tanto para el envejecimiento exitoso como para la participación social.

Como resultados se pudieron observar diferencias significativas entre los sujetos que sí participan en su proceso de envejecimiento exitoso y los que no lo hacen, determinando que las

personas participantes de organizaciones comunitarias son quienes envejecen con éxito. Entre las características de las personas que participan en agrupaciones sociales, se pudieron destacar un mejor desempeño funcional en las AVD, mejor sentimiento de capacidad para afrontar el envejecimiento y mayor disfrute en hacer cosas nuevas y significativas.

Continuando con la temática de la participación social en personas mayores para propiciar un envejecimiento activo, Valpuesta et al. (2016) desarrollaron una sistematización, la cual se propuso realizar una revisión bibliográfica de la misma. Esta tuvo como objetivo observar la importancia de dicha variable en la promoción del envejecimiento activo de la generación baby boom, donde se incluyen las personas nacidas entre 1946 y finales de los años 60 o principios de los 70.

Para esto revisaron fuentes en español e inglés como: WoS, SciELO, Dialnet e IMSERSO. Las palabras claves utilizadas fueron: “social participation”, “baby boom generation”, “activism”, “quality of life”, “volunteering”, “participación social”, “generación baby boom”, “envejecimiento activo”, “jubilación”, “calidad de vida”, “voluntariado”, entre otras. Se incluyeron en total 79 textos.

Se destacó la importancia del envejecimiento activo, en tanto favorece un mayor grado de salud, participación y bienestar subjetivo (entendido como calidad de vida). A su vez, se mencionó la relación estrecha y bidireccional entre la salud y la participación social: cuanto mejor sea la salud de la persona, mejor será su participación social y viceversa.

Por otra parte, se caracterizó a la generación baby boom como una población históricamente activa, en busca de conquista de derechos, la cual tiende al cambio y a la

transformación. Debido a esto, las personas baby boomers rechazan permanecer al margen de la sociedad y desean estar “en acción”.

En sus conclusiones mencionaron a la generación baby boom como personas que abandonan el concepto tradicional de “vejez” y resignifican sucesos como la jubilación: luego de la misma, las personas tienden a elegir nuevas actividades que suponen un desafío, reto o aventura, mientras que otros aumentan su participación en actividades en las que previamente estaban implicados. Esto se fundamentó en valores como la elección individual, la autonomía personal y la conciencia de las necesidades voluntarias. No obstante, esta visión no permanece en todas las personas, ya que algunos se jubilan debido a problemas de salud, por ejemplo.

Por último, este artículo mencionó que se debe “de-construir” discursos debido a la heterogeneidad de la generación abordada, a la vez que “re-construir” discursos y prácticas coherentes. Se destacó la importancia de que las personas mayores se involucren en asuntos relacionados a su propia participación social, proponiendo espacios de decisión, siendo parte y creando una sociedad más justa.

En consonancia con lo anterior, Del Barrio Truchado et al. (2020) también propusieron repensar y reconstruir desde una perspectiva comunitaria a la participación social en relación a una “ciudadanía activa” de las personas mayores, por lo que realizaron una revisión bibliográfica con dicho objetivo. Por otro lado, buscaron hacer un aporte para la formulación de políticas públicas, priorizando el bienestar y autonomía de los individuos.

Para esto, incluyeron en total veinte artículos, publicados entre 2004 y 2019, los cuales fueron localizados en fuentes bibliográficas como Scopus, Pubmed, Web of Science, entre otros.

Las palabras claves incluidas han sido “older”, “ageing”, “aged” o “aging” combinados con “active citizenship”.

En los resultados han realizado un análisis sintáctico de los artículos incluidos y, en base a esto, han dividido este apartado en tres grandes esferas “expresiones de ciudadanía”, “contexto en el que emerge” y “estrategias para la acción”.

Dentro de la primera esfera realizaron un análisis semántico, donde observaron la existencia de acepciones contrapuestas en relación a la ciudadanía en la vejez, hallando discursos de perspectiva liberal y republicana. La primera realiza énfasis en la autonomía individualista, colocándose por encima de los derechos sociales. En cambio, la visión republicana focaliza en la ciudadanía solidaria, como un servicio que se presta tanto en y para la comunidad, como así también a nivel individual.

En la sección “Contexto en el que emerge” realizaron un análisis pragmático, abordando el contexto político, social y económico en el que emerge el concepto de ciudadanía activa de las personas mayores. Actualmente se aborda a la participación desde una concepción de derechos, los cuales deben ser reconocidos, respetados y protegidos. Esto se genera en un marco social en el que emerge el nuevo modelo de vejez, donde las personas mayores desean mantener y/o asumir nuevos roles. El envejecimiento activo se opone a los estereotipos que se asocian a la vejez y enfatiza la autonomía y participación de las personas mayores en la sociedad. Los autores realizaron mayor énfasis en repensar esto en las personas mayores con demencia.

Por último, en “Estrategias para la acción” para la promoción de la ciudadanía solidaria y social, identificaron intervenciones relacionadas con la educación, el aprendizaje a lo largo de la vida y el trabajo desde la “ciudadanía a lo largo de la vida”. Mencionaron que la ciudadanía

activa se relaciona con la solidaridad intergeneracional, la promoción de sentimientos de pertenencia o identidad, entre otras. También destacaron la importancia del acceso a la información, a programas contra estereotipos, estigmatización y discriminación (por motivos de edad, discapacidad o demencia), como así también el acceso a recursos económicos. Finalizando, mencionaron la prestación de apoyos, ya sea para el liderazgo, empoderamiento o para bien promover una ciudadanía activa.

Continuando con la temática del envejecimiento, para poder comprender las características de la población de estudio se recurrió al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría en su quinta edición (2014). En el mismo se definió el concepto de “demencia”, referido como Trastorno Cognitivo Mayor y se proporcionaron los criterios diagnósticos específicos. Entre estos, se incluyeron la existencia de un declive significativo en uno o más dominios cognitivos como la memoria, la atención compleja, el lenguaje y aprendizaje, la función ejecutiva, la habilidad perceptual motora o cognición social, y la interferencia en la independencia y autonomía de la persona. Además, el déficit no se determina por un Síndrome Confusional Agudo, y que ninguna otra patología explica mejor los signos y síntomas presentados.

Posteriormente, se continúa la revisión bibliográfica, enfocando la búsqueda en la Intervención Asistida con Perros. En relación a esto, se destaca a la Asociación Internacional de Organizaciones de Interacciones Humano-Animal (IAHAIO) como una de las asociaciones que impulsa el avance de dichas interacciones en el mundo. Esta se encuentra conformada a nivel global por más de 90 miembros, que incluyen organizaciones y profesionales multidisciplinarios,

asociaciones y centros académicos que se involucran en las Intervenciones Asistidas con Animales.

En 2013 se consolidó una comisión encargada de realizar la definición de Intervenciones Asistidas con Animales (IAA) y brindar las directrices para el bienestar de los animales. Entre las definiciones se encuentran la Intervención Asistida con Animales (IAA), Terapia Asistida con Animales (TAA), la Educación Asistida con Animales (EAA), la Actividad Asistida con Animales (AAA) y el Coaching Asistido con Animales (CAA). Estas se subdividen entre aquellas intervenciones formales que deben ser llevadas a cabo por profesionales con objetivos terapéuticos, donde se encuentran las IAA y aquellas actividades informales, donde se encuentran las AAA. La IAA es un concepto amplio que engloba a las TAA, EAA y CAA. Es una intervención estructurada y orientada por objetivos terapéuticos propuestos por un profesional de la salud, de la educación o del ámbito social.

IAHAIO (2018) incluyó la terminología de “one health” para referirse a la relación que hay entre la salud de las personas, los animales y el medio ambiente. Esto se refiere a la importancia de enfatizar no sólo en las personas, sino también de cuidar, proteger y promover la salud de los animales y los entornos. Por otra parte, mencionaron que debido al enfoque interdisciplinario se extiende a “one welfare”, el cual reconoce que el bienestar animal, humano y del medio ambiente están interrelacionados. Los profesionales veterinarios comenzaron a emplear este enfoque, al igual que el personal de salud y de otros ámbitos. Un ejemplo de esto podría ser la posible relación entre el maltrato familiar y el maltrato animal.

En consonancia con lo antedicho, se establecieron directrices para el bienestar humano y animal durante las IAA. Para esto se debe considerar las características personales de los sujetos,

sus necesidades, deseos de participar, cuestiones relacionadas a la salud, como así también de los animales; temperamento, edad, controles médicos e higienización que prevengan inconvenientes (como alergias o lesiones), pudiendo mantener su seguridad y bienestar. El ambiente donde se lleva a cabo la terapia debe ser cuidadosamente seleccionado, mientras que los profesionales que llevan a cabo la intervención debe poseer los conocimientos y formaciones necesarias para establecer objetivos, proteger la seguridad y velar por el bienestar de los involucrados, respetar las leyes de los establecimientos y/o locales, como así también plantear objetivos, evaluar y re-evaluar.

A su vez, Castro (2018) realizó una revisión sobre los antecedentes de la TAA, donde da cuenta cómo evolucionó su desarrollo en el tiempo. Destacó que, en 1953, Levinson observó cómo su perro tenía potencial como coterapeuta y, a partir de esto, comenzó su investigación y posterior publicación de su libro “Psicoterapia infantil asistida con animales” en 1969.

En su estudio, Castro (2018), retomó definiciones y clasificaciones propuestas por IAHAIO y mencionó que la TAA es definida por la “Delta Society” (1992) como “la intervención dirigida a objetivos terapéuticos específicos, en la que un animal, que reúne determinados criterios, es parte integral del proceso de tratamiento” (p. 5).

Describió tipos de TAA, clasificándolos en tres grandes bloques: terapia con caballos, con delfines y con perros. En cada una especificó y describió sus beneficios y, además, en la terapia con perros incluyó grupos de personas a quienes puede ser dirigido, incluyendo personas mayores, personas con trastorno de desarrollo, con enfermedad mental y/o discapacidad física. Los objetivos varían según a quienes se dirija la terapia, los cuales son establecidos por el profesional especializado en dichas terapias.

Asimismo, la autora definió al perro de asistencia como aquel que es instruido para dar apoyo físico y psicológico a personas con alguna discapacidad. Entre sus funciones destacó ayudar con la movilidad, facilitar el alcance de objetos y la independencia, propiciar las relaciones sociales y proporcionar apoyo emocional. Es por esto que sus beneficios se encuentran en aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales.

Para finalizar, Castro (2018) mencionó dos fichas: la primera llamada protocolo para aplicación de terapia asistida con perros en diferentes grupos sociales y la segunda protocolo de proceso de preparación y acoplamiento del perro de asistencia. En estas se describen los lineamientos generales que se deben continuar para garantizar la calidad de las intervenciones y de la preparación del perro de asistencia.

Vargas-Cansado y López-Matons (2021) realizaron un estudio con el objetivo de valorar los efectos terapéuticos de la terapia asistida con perros en personas con daño cerebral adquirido. Para esto, se han utilizado diversas escalas para valorar las actividades básicas de la vida diaria, las actividades instrumentales de la vida diaria, el rendimiento cognitivo, el estado emocional y el desempeño y la satisfacción ocupacional.

La población ha sido conformada por 92 personas de entre 18 a 89 años con daño cerebral adquirido, en el período comprendido entre octubre del 2017 y marzo del 2020. En total se realizaron 32 sesiones de rehabilitación, dos veces por semana donde se incluye terapia ocupacional y/o logopedia, fisioterapia y rehabilitación cognitiva. Se conformaron dos grupos, un grupo control (de 50 personas) y un grupo experimental (de 42 personas) por medio de la técnica de muestreo de selección de azar simple. Ambos grupos realizaron 32 sesiones de T.O.

convencional, dos veces por semana, de una hora y media de duración. Además, el grupo experimental realizó T.O. con TAA, cuya duración fue de 90 minutos por sesión.

Los resultados del estudio demuestran que, si bien ambos grupos obtuvieron mejoras en los aspectos analizados, se destaca una diferencia significativa en lo que respecta al estado de ánimo del grupo experimental, ya que sus integrantes presentaron disminución de ansiedad y depresión. No obstante, los autores aclaran que en el estudio realizado pudo haber un sesgo debido a que, la técnica de aleatorización, conformó el grupo experimental con integrantes más jóvenes y con deterioro leve/moderado de la funcionalidad y capacidad cognitiva.

Fernandez Martínez et al. (2018) en su programa llevado a cabo en Castilla, España, utilizaron la Terapia Asistida con Perros para promover un envejecimiento saludable en personas mayores institucionalizadas. El motivo de su realización parte de los sentimientos de soledad, baja autoestima y motivación que se presentan en dicha población para involucrarse en actividades físicas e intelectuales. Esto incrementa su nivel de estrés, ansiedad y produce dificultades en su esfera emocional. A partir de este programa, propusieron afrontar el envejecimiento desde una experiencia positiva.

Los objetivos planteados han sido clasificados en psíquicos, físicos, emocionales y sociales. Se destaca que los participantes tenían poco o nada deterioro cognitivo, pero sí físico y emocional.

Este programa se llevó a cabo en diversas residencias, donde se han incluido en total a doscientas (200) personas mediante el Programa de Terapia Asistida con Perros. Por sesión conformaron grupos de ocho (8) personas aproximadamente. Cuando su número se excede realizaron una intervención alternada de dos grupos. Su metodología consistió en una sesión por

semana, de 50 minutos, con la presencia de un técnico de Terapia Asistida con Perros, junto con un perro de terapia y un profesional del centro. Los técnicos podían ser Terapistas Ocupacionales, Psicopedagogos, Trabajador Social o Educador Social.

Han utilizado como evaluación el Test Ad Hoc, el cual se centra en las esferas cognitivas, sensorial, comunicativa, social, comportamental y emocional de cada persona. Además, han contado con registros observacionales, feedback tras cada sesión y cuestionarios de satisfacción a profesionales de los centros y familiares seleccionados.

Los resultados fueron expuestos en rasgos generales, donde indican mejorar en comportamiento, calidad de vida, expresión de emociones, estado de ánimo y nivel de participación en las actividades. Ha demostrado que la terapia disminuye el nivel de estrés y ansiedad.

Para analizar la intervención asistida con animales en personas con demencia, se destaca el aporte de Oms-Selva et al. (2020), quienes llevaron a cabo un estudio cuasiexperimental en España que tuvo como objetivo identificar la efectividad de la terapia asistida con perros en personas mayores con demencia institucionalizadas. Para ello, tomaron una muestra que incluía a todos los residentes mayores de 65 años de edad de una residencia de Cataluña, que contarán con diagnóstico de demencia y un puntaje igual o menor a 24 en el Mini-Mental test. Debían ser partícipes de la terapia cognitiva asistida con perros (TCAP) y de la actividad de estimulación cognitiva individual o de la actividad de memoria que allí se realizaba. Excluyeron a aquellos con fobia o alergia a los animales, y a quienes presentaran una discapacidad física.

La investigación se realizó durante cuatro meses, en donde todos los residentes recibieron ambas intervenciones. Las sesiones de terapia con perros fueron quincenales, con una duración

de 45 minutos cada una, teniendo como objetivo favorecer la orientación témporo espacial, fomentar habilidades senso-perceptivas y motoras, y contribuir con la mejora del estado de ánimo.

Por otro lado, los abordajes de la actividad de memoria se realizaron dos veces por semana, con una duración de 30 minutos por sesión. Aquí se priorizó la estimulación y mantenimiento de las funciones cognitivas superiores y las habilidades de comunicación. También se fomentó la gestión de actividades de la vida diaria. En cambio, la actividad de estimulación cognitiva individual se realizó dos o tres veces por semana, 15 minutos por sesión. Principalmente, se fomentó la orientación témporo espacial, las destrezas sensoriales y la regulación emocional.

Para evaluar el estado de ánimo, usaron una escala de observación (OERS) del 1 a 7, que valora la frecuencia en que aparecen los distintos estados de ánimo, tanto negativos como positivos. Por otro lado, para la experiencia vivida utilizaron una herramienta (NPT-ES) que presenta una escala de frecuencia de 0 (nunca) a 3 (siempre) para valorar cinco aspectos de experiencia: participación, disfrute, relación con otros, displacer y rechazo. Ambas evaluaciones se realizaron al mes de comenzar el estudio, y al finalizarlo luego de cuatro meses.

Entre los principales resultados se constató que en la escala NPT-ES los valores más altos se correspondieron con la terapia asistida con perros por sobre la convencional, aunque hubo una pequeña disminución en la segunda evaluación respecto de la primera. Los valores de la escala OERS demostraron que en ambas evaluaciones hubo un aumento de emociones positivas y una disminución de negativas.

Los autores comentan que, si bien no se hallaron diferencias significativas entre ambos tipos de intervención (terapia asistida con perros y las actividades convencionales), se puede destacar que la presencia de TCAP provocó mejoras en el estado de ánimo y experiencia vivida al realizar las intervenciones de manera conjunta. Por lo tanto, podría ser una alternativa útil para incluir como parte de tratamiento no farmacológico.

En síntesis, luego de realizar el estado del arte, se destaca que la bibliografía es abundante en relación a la participación social asociada con personas mayores y con la Intervención Asistida con Perros. Sin embargo, como se mencionó en el apartado de Justificación, son escasos los estudios encontrados que vinculen estas temáticas con la población del presente estudio, es decir, personas mayores que presenten diagnóstico de demencia.

Parte II - Marco teórico



Capítulo I. El envejecimiento como parte del curso de vida

En el transcurso del presente capítulo se hará un recorrido histórico de la vejez y del envejecimiento, abordando diversas temáticas como la Convención Interamericana de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIDHPM), el concepto de viejismo, los paradigmas principales del envejecimiento con sus respectivos modelos teóricos y la demencia como una de las principales alteraciones en la población de personas mayores.

Geriatría y Gerontología

En primera instancia, cabe mencionar la diferencia entre Gerontología y Geriatría. El término “Geriatría” se refiere a la rama de la medicina que aborda los problemas de salud y enfermedad de las personas mayores (Roqué, 2021). Por otra parte, la “Gerontología” es un concepto que abarca a la geriatría y percibe a la vejez y al envejecimiento desde un punto de vista biológico, psicológico y social. Es decir, esta última concibe a las personas desde diversas dimensiones, mientras que la primera solo se focaliza en aspectos orgánicos y biológicos, destacando sólo factores negativos, asociando vejez-deterioro-enfermedad. En la presente investigación las autoras adhieren a la perspectiva gerontológica del envejecimiento, considerando así a las personas que se encuentran en esta etapa de vida como seres multidimensionales y complejos. Esto se profundizará en el desarrollo del capítulo.

En el presente estudio se denominará a la población abordada como “personas mayores”, ya que la primera palabra remite a sujetos de derecho, lo cual enfatiza en la importancia de respetar sus decisiones, intereses, deseos y necesidades.

Revisión histórica de las vejece

Se realizará una breve introducción que dé cuenta sobre la semántica de los conceptos que se relacionan a las personas mayores. Desde épocas ancestrales existen distintas terminologías para denominar a dicha población y la importancia de su revisión reside en que los conceptos utilizados por las sociedades en distintas épocas enraízan cómo se ha concebido a este grupo etario.

Además, realizar una mirada retrospectiva del envejecimiento es pertinente para constatar los cambios acontecidos. En sociedades primitivas (a excepción de algunas sociedades nómades) las personas mayores poseían un rol central; su experiencia y su conocimiento era motivo de respeto por los más jóvenes.

En cambio, en la actualidad el paradigma moderno provocó una fragmentación con respecto a la perspectiva de la vejez, concibiendo únicamente su dimensión biológica. Se percibía a los sujetos de manera simplificada, vulnerando sus derechos y problematizando esta etapa, relacionándola con el deterioro, la enfermedad y la muerte.

Durante el siglo XX la expectativa de vida aumentó aproximadamente 30 años. Cuando las sociedades se industrializaron, se mejoraron las tecnologías, y, en consonancia, se “ha incrementado la calidad de vida de la población, con el consiguiente crecimiento de la expectativa de vida de las personas” (Davobe et al. 2017, p. 3). Los roles sociales cambiaron, siendo las personas más jóvenes centrales por su fuerza productiva, mientras que las personas mayores dejaron su rol significativo, comenzando a ser aisladas y dependientes de sus descendientes (Roqué, 2021). No obstante, cabe destacar que no en todas las culturas y

sociedades ocurre lo mismo, tal como es el caso de China, quienes perciben a las vejeces como figuras de respeto y sabiduría.

En el siglo XIII se era viejo/a a los 30 años; en el siglo XVIII a los 40 años; ¿a qué edad se es viejo en el siglo XXI? La ONU define que un individuo pertenece al grupo de personas mayores a los 65 años en los países desarrollados, y a los 60 años en los países en vías de desarrollo. Esto se debe a las diferencias socio-demográficas, culturales y económicas de dichos contextos y, como mencionan Tisnés y Salazar-Acosta (2015), “cómo inciden estos factores en cómo las personas ingresan a la ancianidad” (p. 211). Estas interpretaciones de la vejez son propuestas a partir de la edad cronológica de las personas, la cual es definida por Roqué (2021) como los “años transcurridos en la vida de una persona” (p. 6).

En los últimos años se ha dado un aumento de la longevidad. Según la OMS (2020) el mundo cuenta con 1.049.748.000 de personas mayores a 60 años. Esto se debe a una mejora en las condiciones de vida y el desarrollo de la industria farmacéutica que conlleva nuevos tratamientos de enfermedades que retrasan su inicio y/o evolución. En consonancia, se observa que la tasa de fecundidad disminuye con el transcurso de los años¹, lo que da como resultado, junto a la baja de mortalidad, un aumento de la población de personas mayores. Se estima que en Argentina para el año 2050, el 21,7% de las personas serán personas mayores (Giuliani et al. en Arias 2017). Este fenómeno global impacta tanto a nivel individual como comunitario y, como mencionan Alvarado y Salazar (2014), conllevan consecuencias económicas, sociales y políticas.

¹ La tasa de fecundidad ha caído de 4.6 a 2.5 el número de nacimientos por mujer en los últimos 50 años.

Se suele conceptualizar a la vejez como la última etapa del curso de vida (Roqué, 2021). Se toma como referencia a la CIDHPM. La misma se encuentra vigente desde el año 2015 y fue firmada por Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador y Uruguay. Gracias a esto, se logra un cambio en el paradigma del envejecimiento y de la vejez, poniendo énfasis en los derechos de las personas mayores y su respeto.

En su desarrollo se acentúa el valor de la autonomía e independencia, de la toma de decisiones, del derecho a la privacidad, intimidad y a recibir un trato digno. La Convención propone velar por los Derechos Humanos (DDHH) y protegerlos especialmente en los casos de institucionalización. Además, la misma “logra unificar la dispersión de instrumentos existentes hasta el momento y constituye el primer instrumento que enfatiza la comprensión del envejecimiento desde la dimensión de género” (CIDHPM, 2015, p. 3).

La Convención debe ser utilizada especialmente en los casos en que las personas mayores se encuentran diagnosticadas por deterioros y/o enfermedades tales como las demencias, ya que las sociedades tienden a vulnerar sus derechos, al destrato y a la violencia física y/o verbal. Esto será abordado con mayor profundidad más adelante.

Vejez y envejecimiento

En este punto, es relevante diferenciar vejez y envejecimiento. La CIDHPM define al envejecimiento como: “un proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psicosociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio” (2015, p. 3). Es así que se considera a la vejez como una etapa final de vida, mientras que el envejecimiento es inherente a todo el curso vital.

La jubilación es un fenómeno al que se enfrentan las personas mayores, la cual puede ser definida como “el cese de la actividad laboral” (Arias, 2017, p. 85). Quienes se jubilan lo hacen mayormente por cuestiones de edad, ya que cada sociedad plantea parámetros para la finalización del trabajo. Otras causas pueden ser los despidos o que las personas sufran un accidente que provoca una discapacidad que los “obliga” a tener que hacerlo. En este caso, solo haremos hincapié en la primera causa: la jubilación por motivos de edad.

Este suceso en la etapa de la vejez conlleva grandes cambios en la vida de las personas, debido a una gran modificación de hábitos, roles, rutinas, ocupaciones desempeñadas, tiempo disponible, ingresos de recursos económicos, entre muchos otros. Además, en la sociedad se relaciona el cese de la actividad laboral con grandes estigmas y prejuicios. Sin embargo, la mayoría de las personas que se jubilan lo hacen por decisión propia, y, esta se puede ver influida por factores como disponibilidad de recursos económicos, factores personales como el nivel educativo (cuanto más alto sea, mayor será la probabilidad de trabajar en la vejez) y la satisfacción para con el trabajo que se desempeña.

Tomás (2001, en Arias 2017) describió cuatro actitudes posibles ante la jubilación, entre las que incluye 1) rechazo, donde la persona se caracteriza por la negación de este fenómeno, considerando el final de su estatus y pueden aparecer sentimientos de vacío e inutilidad; 2) aceptación, donde la actitud es caracterizada con la resignación y conformismo; 3) liberación, donde el individuo siente que se libera de la carga y esto es un premio por su esfuerzo laboral. Como contrapartida puede suceder que no haya expectativas ni proyectos futuros, y, 4) oportunidad, es la actitud más positiva, donde el sujeto vivencia este acontecimiento como una

posibilidad para iniciar y/o retomar proyectos y actividades que no había podido realizar por falta de tiempo.

Entre los cambios que la persona enfrenta dentro del proceso de envejecimiento se incluye la modificación en la imagen y en el esquema corporal, ya que al crecer y envejecer surgen modificaciones morfológicas, como la disminución en la altura, la piel se encuentra más flácida, el color del cabello tiende a cambiar, entre otras.

Si bien los individuos atraviesan cambios en relación a su cuerpo durante toda la vida, la propia sociedad genera estigmas en relación a esta etapa, donde las modificaciones corporales en la vejez son visualizadas como algo negativo, que se debe evitar y tapar utilizando cosméticos, someterse a cirugías estéticas, realizar sacrificios con rutinas y ejercicios, etc. Esto fomenta una autopercepción distorsionada, ya que las personas mayores tienden a sentirse presionadas y angustiadas por recordar su “cuerpo juvenil”, al cual deben duelar.

Cabe mencionar que dentro de los duelos en esta etapa también se encuentra la frecuencia en las pérdidas de su círculo social que sufren los sujetos. Es por esto que es fundamental acompañar desde la comunidad el proceso de envejecimiento, dejando de relegar a las personas mayores y dando la entidad que merecen.

Viejismo

Cabe mencionar que las etapas de vida y la pertenencia de las personas a grupos catalogados como “niñez”, “adolescencia”, “adulthood” y “personas adultas mayores”, son construcciones sociales, culturales, políticas, económicas e históricas (Roqué, 2021) que

conlleven concepciones y perspectivas que forman imaginarios sociales². Este imaginario “ha promovido interpretaciones erróneas y con esto un temor a envejecer. Como resultado de estas interpretaciones surgen los mitos y estereotipos negativos frente a lo que significa este proceso normal que hace parte del ciclo vital” (Alvarado y Salazar, 2014, p. 57).

Continuando con esta perspectiva, Esmeraldas Vélez et al. (2019) refieren que, a nivel social, una de las ideas que predominan con respecto a la vejez es la de una concepción de aspectos negativos, teniendo la falsa percepción de que son personas enfermas, tristes y con discapacidad. Sin embargo, en la actualidad son muchas las personas mayores que continúan siendo responsables de sus familias y teniendo un rol activo en su cotidianidad.

De esta manera, cabe mencionar, que, a partir de las construcciones sociales se conciben distintas edades, además de la edad cronológica, se encuentran la edad social, psicológica y biológica. Según Alvarado y Salazar (2014):

La edad social establece el papel individual que debe desempeñarse en la sociedad en la que el individuo se desenvuelve; la edad biológica está determinada por el grado de deterioro de los órganos; y la edad psicológica representa el funcionamiento del individuo en cuanto a su competencia conductual y adaptación. (p. 59)

Las personas no envejecen del mismo modo; varían según cada país, e incluso, dentro del mismo. Es decir, una persona no envejece de la misma manera en un pueblo de la Patagonia argentina, que en una ciudad del norte. Específicamente en Latinoamérica, predomina un

² Imaginario social: es una construcción socio-histórica que abarca el conjunto de instituciones, normas y símbolos que comparte un determinado grupo social y, que pese a su carácter imaginado, opera en la realidad ofreciendo tanto oportunidades como restricciones para el accionar de los sujetos. De tal manera, un imaginario no se considera en términos de su verdad o falsedad, sino que instaura por sí mismo una realidad que tiene consecuencias prácticas para la vida cotidiana de las personas (Castoriadis, 1975).

contexto sociohistórico marcado por la desigualdad, el adultocentrismo y las concepciones viejistas, por lo que es fundamental comprender las singularidades de cada persona dentro de su entorno. Se debe considerar el modelo productivo actual capitalista, el cual refuerza las concepciones viejistas y edadistas³ en la sociedad, y colocan a las vejeces en situación de vulnerabilidad. Algunos factores que la acentúan pueden ser la inestabilidad económica, aumento de enfermedades crónicas, escasez en relaciones intergeneracionales, entre otros.

Pero ¿qué son las concepciones viejistas? Se entiende por viejismo a la “modificación de las respuestas emocionales, significados atribuidos y comportamientos en función de la edad cronológica de los individuos, generando que sus características personales sean ignoradas, focalizándose en atributos estereotipados” (Butler, 1969 en Arias, 2017, p. 20). Dicho fenómeno puede identificarse tanto como estereotipos y prejuicios de una persona hacia otros, o como dirigidos a sí mismos. Esto resulta en limitantes en el desarrollo del propio proceso de envejecimiento y produce des-empoderamiento en la población afectada.

Teorías y paradigmas del envejecimiento

La vejez y el envejecimiento se han encontrado históricamente atravesados por diversas perspectivas y modos de ser concebidos. Esto se reconoce en la existencia de distintos paradigmas que abordan determinadas interpretaciones del proceso de envejecimiento. En este apartado, se realizará un breve recorrido, donde se mencionará la Gerontología Tradicional, Social, Feminista, Crítica y Comunitaria, enlazadas con diversos modelos y/o envejecimientos.

³ El edadismo surge cuando la edad se utiliza para categorizar y dividir a las personas por atributos que ocasionan daño, desventaja o injusticia, y menoscaban la solidaridad intergeneracional (Informe Mundial sobre el Edadismo, 2021, p. XVII).

La Gerontología Tradicional se encuentra vinculada al modelo biomédico, ya que concibe a la vejez y al envejecimiento relacionado estrechamente con la pérdida, el declive y el deterioro de la salud. Este proceso de cambios, según Strehler (1962 en Villar y Triadó 1997), es “universal, progresivo (sus efectos son acumulativos), irreversible y degenerativo”. Esta perspectiva concibe a las personas como seres homogéneos, sin considerar subjetividades y singularidades. A la misma se la asocia con el “Modelo del Ciclo vital en U invertida” y la “Teoría de la Desvinculación”.

Los aportes desarrollados por Erik Erikson (entre los años de 1970 y 1998⁴) retoman conceptos de la teoría freudiana y las interpreta incorporando una distribución del ciclo vital en ocho etapas de desarrollo psicosocial. Guilléron (1980, en Villar y Triadó 1997) toma el Modelo del Ciclo Vital, donde califica al envejecimiento como un declive progresivo. Triadó (1993, en Villar y Triadó, 1997) asimila el desarrollo-crecimiento en las primeras etapas de la vida y el envejecimiento-declive en las últimas. Además, menciona que el proceso en U invertida se da en todas las capacidades y dimensiones del ser humano; es decir, es un proceso que afecta multidimensionalmente a las personas.

La Teoría de la Desvinculación propuesta por Cumming y Henry en 1961 también se relaciona a este paradigma tradicional, ya que expone que la participación disminuye a medida que aumenta la edad de las personas. Es así que el envejecimiento se caracteriza por un gradual proceso de retirada. Los individuos no solo se alejan de la sociedad, sino que esta última también limita los roles de las personas mayores. Esto sería “la base de la renovación y estabilidad de la

⁴ Obras destacadas de Erikson donde expone su teoría del desarrollo psicosocial: Infancia y Juventud (1971), Identidad, Juventud y Crisis (1987), Un Modo de ver Las Cosas (1994) y el Ciclo Completo de la vida (1998)

sociedad, ya que si las personas mayores ejercieran durante demasiado tiempo su papel, podría crearse una crisis en la sucesión ordenada y en la estabilidad de las organizaciones sociales” (Cumming, 1961, en Petretto et al. 2016, p. 230).

En contraste con lo anterior, la OMS desde los años 90 destaca la importancia de proponer estrategias comunitarias para promover el envejecimiento saludable de la población, favoreciendo así un proceso de envejecimiento positivo. El término de envejecimiento activo es propuesto por la OMS (1999, en Mendoza-Núñez et al. 2018) que lo definió como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (p. 112). Esto remite a la necesidad de que las personas se involucren durante toda su vida en participar socialmente, ya sea de manera individual o comunitaria, favoreciendo su rol activo, empoderamiento, autonomía y bienestar.

El concepto de envejecimiento activo entronca con la teoría desarrollada por Havighurst en 1963, la cual se denominó Teoría de la Actividad. Sostiene que las personas mayores desean vincularse y mantenerse activos, continuando con sus roles y adquiriendo nuevos, lo cual provee bienestar y satisfacción. Esto se encuentra en contraposición a la teoría de desvinculación mencionada previamente (Villar, 2012).

Por otro lado, la Gerontología Comunitaria es definida como “un campo que tiene como propósito el desarrollo de estrategias para la implementación de programas que permitan lograr el máximo de funcionalidad, salud, bienestar y calidad de vida de las personas mayores en sus entornos sociales y comunitarios” (Ramírez y Mendoza, 2022, p. 60). En el desarrollo del capítulo IV se abordará la Terapia Ocupacional desde una perspectiva comunitaria.

Además, se encuentra la Gerontología Social, que de la misma manera se contrapone a los supuestos de la Gerontología Tradicional, ya que tiene una concepción psicosocial con una perspectiva positivista de la vejez. De esta forma, se observa el vínculo estrecho entre la Gerontología Comunitaria, la Gerontología Social y el sustento de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Lo antedicho se encuentra en consonancia con la definición del envejecimiento saludable. Los autores Mendoza-Núñez et al. (2018) lo definen como un:

proceso mediante el cual las personas adultas mayores adoptan o fortalecen estilos de vida saludables, a través de las estrategias de autocuidado, ayuda mutua y autogestión, utilizando de manera óptima las redes de apoyo social formales e informales, con el fin de mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad física, mental y social, para lograr el máximo de bienestar, salud y calidad de vida, a partir de considerar el contexto sociocultural. (p. 112)

Asimismo, la OMS (2015) define este concepto como “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (en Ramírez y Mendoza, 2022, p. 59). Los estilos de vida saludables (actividad física, alimentación, apoyo social, descanso, participación social, entre otros) favorecen el envejecimiento saludable.

En la teoría que propone Erikson las etapas se encuentran influenciadas por aspectos históricos-culturales y conectadas entre sí conformando un proceso. En las mismas se presentan una serie de crisis que pueden generar un estancamiento o bien lograr que la persona se adapte a los cambios, encontrando un balance entre pérdidas y ganancias.

La séptima etapa de la teoría de Erikson se denomina “generatividad vs estancamiento”, que se condice a la mediana edad (30-50 años). En función a ello, las intervenciones desde la Gerontología Comunitaria pueden sustentarse a partir de la “Generatividad”, para la cual Bordignon (2006) refiere:

El impulso generativo incluye la capacidad de la productividad, el desarrollo de nuevos productos por el trabajo, por la ciencia y tecnología; y la creatividad, esto es, la generación de nuevas ideas para el bienestar de las nuevas generaciones. Esta dialéctica representa la fuerza de generación y de desarrollo de la vida humana o su extinción, por eso ella se vuelve, para cada persona, la más esencial y significativa cualificación, determinando su experiencia de vida o de muerte. (p. 57)

Con un enfoque gerontológico, la generatividad se refiere a que la persona mayor pueda cuidar de otros, dar consejos y compartir sus conocimientos obtenidos por su trayectoria de vida con otras personas; tal como refieren Ramírez y Mendoza (2022) es “la capacidad que la persona tiene para compartir y enseñar sus experiencias a otros, dar consejos y cuidar de los demás, siendo un puente entre su generación y las generaciones más jóvenes” (p. 61). De esta manera, se reconoce que las personas mayores poseen capacidades físicas, psicológicas y sociales por lo cual pueden contribuir al bienestar personal y de la comunidad en general.

Para ahondar en la comprensión de la gerontología social y comunitaria se toma en consideración la Teoría del Curso Vital o life-span propuesta por Baltes (1979; 1987, en Triadó y Villar 1997) en la década de los 70, quien sigue las ideas de Erikson para estudiar los cambios evolutivos. A diferencia de Erikson, Baltes propone reemplazar el término “ciclo”, el cual alude a las etapas estructuradas y tajantes de la edad, por el concepto de “curso”. Éste implica un proceso

dinámico y cambiante durante los diferentes momentos del transcurso de vida de la persona, en donde las influencias sociales, personales y biológicas adquieren un rol fundamental para comprender la trayectoria de los sujetos. Así, Iacub (2011, en Arias 2017) refiere que el paradigma del curso vital considera al envejecimiento como procesos simultáneos y permanentes.

Por otro lado, este paradigma plantea que el envejecimiento no puede ser analizado individualmente como una etapa aislada, sino que es parte inherente de todo el curso vital. Remarca la influencia del contexto socio-histórico de la persona, corriéndose de la idea de que únicamente el avance de la edad determina el modo de envejecer. A su vez, esta teoría resalta la capacidad de adaptación y ganancias que pueden experimentar las personas mayores, encontrando un rol activo en este proceso.

Esto se encuentra en concordancia con lo que proponen M. Baltes y P. Baltes (1990, en Ramírez y Mendoza, 2022) respecto al “enfoque de envejecimiento adaptativo, cuyos procesos básicos de selección, optimización y compensación (SOC) permiten alcanzar y sostener metas a lo largo de la vida, incluyendo las últimas décadas” (p. 113). Este considera la subjetividad de las personas desde una perspectiva de envejecimiento activo y analiza las estrategias utilizadas para intentar alcanzar objetivos para la propia vida en esta etapa, donde las personas atraviesan pérdidas y dificultades que se asocian al envejecimiento.

Dicho modelo define al envejecimiento como “un equilibrio cambiante entre las pérdidas y las ganancias. (...) las personas pueden compensar las pérdidas y mantener un alto nivel de satisfacción en sus vidas” (M. Baltes y P. Baltes 1990, en Petretto et al. 2016, p. 233). Desde este modelo se asocia el envejecimiento activo con el concepto de resiliencia, considerando que

la persona desarrolla herramientas y capacidades para afrontar efectivamente situaciones adversas y de estrés, pudiendo adaptarse a las mismas.

La Selección, Optimización y Compensación que le conceden el nombre a este modelo, se refiere a que las personas seleccionan ciertos aspectos y ámbitos de su vida que les son relevantes, para los cuales optimizan recursos, compensan pérdidas y crean un entorno para el desarrollo exitoso en el transcurso de vida. Es así que su principal objetivo será compensar las pérdidas y maximizar la adquisición de metas personales. Estos se presentan en todo el curso de vida, pero adquieren mayor relevancia en la vejez debido a que los acontecimientos estresantes, el declive de la salud y la reducción de recursos tienden a presentarse en mayor medida, aunque no es la regla general.

La Gerontología Crítica y la Gerontología Feminista se enlazan con la perspectiva del “envejecimiento diferencial”. La misma propone que se debe considerar la subjetividad, variabilidad y complejidad de las personas mayores reconociendo “la diversidad, heterogeneidad y dimensión ecológica del envejecimiento individual y social” (Yuni y Urbano, 2008, p. 156). Es así que el envejecimiento es un proceso complejo y multidimensional. Según Triadó y Villar (1997) se deben considerar las diferencias intraindividuales, interindividuales y la concurrencia de pérdidas y ganancias. Por todos estos aspectos, ya no se debe hablar de “la vejez”, sino que se propone hablar de “las vejeces”, dado que hay tantas vejeces como personas en el mundo.

Esta perspectiva además, hace hincapié en el proceso de envejecimiento femenino, ya que se observa un predominio de personas mayores femeninas, debido a las “muertes más tempranas de los varones” (Moreno y Flores, 2023, p. 2). Para esto propone el concepto de “madurescencia”, la cual es definida en las últimas décadas por la conjunción de distintos

factores: el avance en materia de igualdad de géneros, el aumento de la longevidad y su feminización. Refleja las diferentes perspectivas que poseen los hombres y las mujeres del proceso de envejecimiento: los modos en que lo conciben, afrontan y significan.

Como refiere Arias (2017), el género puede predisponer a una mejor o peor adaptación a la jubilación de las personas mayores, dado que el género femenino tiende a poseer menos recursos económicos por las desigualdades salariales y/o por la disponibilidad de tiempo que han poseído a lo largo de su trayectoria. Este se ha visto comprometido por poseer más actividades relacionadas a su hogar, como el cuidado de los hijos y otras tareas domésticas. En contrapartida, “los hombres podrían experimentar más dificultades que las mujeres a la hora de establecer un nuevo patrón de actividades, debido a que el cambio de rutinas tras la jubilación sería para ellos más notorio” (Arias, 2017, p. 87).

Ambas teorías gerontológicas proponen reflexionar y criticar los supuestos de la Gerontología Tradicional, ya que, como se mencionó previamente, nace desde el modelo biomédico y enfatiza en el deterioro y declive de la salud en las personas mayores. Por otra parte, destacan que tanto los conocimientos científicos como las construcciones se encuentran influenciadas por “los valores epocales, los significados contextuales y la cosmovisión de una sociedad dada” (Yuni y Urbano, 2008, p. 154).

La demencia como cuadro asociado al envejecimiento

Debido a que la población involucrada de este estudio se encuentra diagnosticada con “demencia”, la misma se desarrollará a continuación. Para ello, se toma en consideración el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría en su quinta edición (2014).

Según el DSM-V el trastorno neurocognitivo mayor implica un marcado declive en uno o más dominios cognitivos, entre las que se incluyen la memoria, la atención compleja, el lenguaje y aprendizaje, función ejecutiva, habilidad perceptual motora o cognición social, en comparación a las capacidades desarrolladas con anterioridad. Esto influye en la vida cotidiana de la persona, quien comienza a demostrar una cierta dependencia a la hora de desempeñarse en sus actividades, interfiriendo con su autonomía. Además, otros dos criterios diagnósticos implican que el déficit no se determina por un síndrome confusional agudo, y, por otro lado, constatar que ninguna otra patología explica mejor los signos y síntomas presentados.

Siguiendo al DSM-V, el trastorno neurocognitivo mayor puede deberse a diversas causas, entre las que se hallan la Enfermedad de Alzheimer, la degeneración del lóbulo frontotemporal, la Enfermedad de Huntington, la Enfermedad de Parkinson, la Enfermedad por Cuerpos de Lewy, Enfermedad vascular, traumatismo cerebral, consumo de sustancias o medicamentos, infección por VIH, enfermedad por priones. Además, este trastorno puede presentarse por otra afección médica, etiologías múltiples o ser de causa no especificada.

Por último, es importante tener en cuenta que la demencia “es la principal causa de discapacidad de las personas mayores y comporta un gravísimo problema socio-sanitario que es necesario afrontar desde el modelo biopsicosocial, no es el cuerpo el que enferma sino la persona en su totalidad” (Solé et al. 2019, p. 312).

Los autores González-Martínez et al. (2021), quienes adhieren a la definición del DSM V, hacen hincapié en la importancia de la detección temprana estableciendo una diferenciación entre el Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y la demencia, la cual:

estriba en el rendimiento funcional del individuo, ya que en el DCL no hay deterioro funcional y, si lo hay, es mínimo y no impide la realización de actividades de la vida diaria, mientras que en la demencia el deterioro funcional es evidente y afecta a la capacidad de desarrollar con normalidad e independencia las actividades de la vida diaria. (p. 289)

A partir de lo mencionado en el desarrollo del capítulo se destaca la importancia de reflexionar y abordar a las vejeces teniendo un análisis contextual, social y cultural, ya que esto incidirá en las personas de manera transversal, en especial cuando estas se encuentran comprometidas por un diagnóstico como el de demencia. Tal diagnóstico puede ser utilizado como “excusa” para invisibilizar y vulnerar los derechos de las personas, pasando por alto su poder de decisión, el respeto y el trato digno, como también su escucha de deseos, inquietudes y necesidades. Todo esto genera un des-empoderamiento de las personas, quebrantando su dignidad y autonomía.

En relación a lo antedicho, cabe mencionar que el estudio adhiere y realiza singular hincapié en el respeto y promoción de los derechos humanos de las personas mayores, abordados y desarrollados especialmente en la CIDHPM.

Es relevante mencionar que el presente estudio adhiere a la perspectiva de que el envejecimiento no es lineal, ni sucede de una manera universal a todas las personas; es decir, no siempre evoluciona hacia el deterioro y/o a la enfermedad. Como se mencionó anteriormente, se comprende a los seres humanos como heterogéneos, diversos, realizando hincapié en su subjetividad y en su trayectoria de vida, el cual incluye su desempeño ocupacional tanto actual como pasado, al igual que sus intereses, contextos, creencias, espiritualidad, redes de apoyo,

entre muchos factores más. Es así que las autoras de este estudio coinciden con la perspectiva gerontológica del envejecimiento, comprendiendo a las personas como seres multidimensionales y complejas.

También se debe tener presente el género de las personas mayores, ya que, una mujer no envejece igual que un hombre, debido a las oportunidades, posibilidades y obstáculos que se han tenido que atravesar en su trayectoria de vida dentro de una sociedad patriarcal. Es menester que las personas, cualquiera sea su situación, tengan la posibilidad de participar socialmente, teniendo un rol activo que favorezca el empoderamiento, el bienestar y la autonomía. Esto se encuentra en concordancia con reflexionar sobre los sujetos como seres heterogéneos, multidimensionales, contraponiéndose a la Gerontología Tradicional y a los modelos biomédicos heteronormativos. Es así que, dentro de esta investigación se consideran afines a las perspectivas propuestas por la Gerontología Crítica, Comunitaria, Social y Feminista.

Considerar todos estos aspectos es muy importante ya que, como se mencionó previamente, la longevidad de la población es mayor a épocas pasadas, y una gran parte de la misma se encuentra atravesando esta etapa, o lo estará en un futuro no muy lejano. Si bien no es una regla general, las edades avanzadas se vinculan con deterioros y declives en la salud, por lo que se debe reflexionar sobre los abordajes pertinentes dirigidos a prevenir y/o promover la misma. No obstante, el presente estudio considera que no se debe recaer en el estereotipo de asociar envejecimiento-enfermedad-deterioro, adhiriendo a la concepción de que es posible un envejecimiento exitoso ante la presencia de enfermedad, siendo pertinente promover hábitos que generen un rol activo, favoreciendo el desempeño ocupacional, la autonomía y a la participación social.

Las vejeces en Argentina-Mar del Plata

Dentro de la región, Argentina es uno de los países con mayor población envejecida en relación a otros países latinoamericanos, en donde existe un envejecimiento poblacional, lo que implica que el grupo de personas mayores presenta un crecimiento más acelerado que el resto de la población (Roqué, 2021).

Las Naciones Unidas establecen que, para que una población sea considerada envejecida, debe poseer más del 7% de personas mayores de más de 60 años de edad. Específicamente, Mar del Plata, en base a datos recolectados en 2010-2016 de la EDSA (Encuesta de la Deuda Social Argentina), presentó mayor porcentaje de población envejecida en relación al país (19,4% en 14,5%) (Salvia y Cicciari, 2017). No obstante, datos más recientes provenientes del INDEC, denotan que en 2021 la población de personas mayores representó el 15,9% de la población total (Roqué, 2021).

Además, Roqué (2021) hace referencia al concepto de feminización de la vejez en Argentina, lo que significa que existe un mayor porcentaje de personas mayores mujeres que varones. En Mar del Plata, esta brecha generacional se mantiene, presentándose el 58,9% en mujeres, y el 41,1% en varones (Salvia y Cicciari, 2017).

Por otro lado, la población de personas mayores en nuestro país se caracteriza por presentar un bajo nivel de escolarización, en donde “el 55% no logró completar la secundaria, y sólo en 18% presenta el nivel universitario completo” (EPH 4° trimestre 2020, INDEC en Roqué 2021). En cambio, en la ciudad de Mar del Plata, estos datos difieren, presentándose un 72,9% de personas mayores con secundario incompleto, mientras que un 27,1% posee un nivel educativo superior (Salvia y Cicciari, 2017).

En la ciudad de Mar del Plata el 22,8% de personas mayores refieren déficit en su estado de salud percibido, es decir, sus problemas de salud son crónicos, o abundantes. De igual modo, el 23,8% realizó una consulta médica el último año. Por último, el 66% de las personas no realizó ejercicio físico al menos una vez por semana (Salvia y Ciccari, 2017).

En relación a la sociabilidad y valoración social de las personas mayores, según datos del 2014, el 41,1% participó en reuniones recreativas o lúdicas en ámbitos familiares o de amigos. Por otra parte, en el año 2015 se destacó una baja participación en espacios recreativos sociales, como clubes sociales, deportivos o centros de jubilados, siendo ésta del 3,1%.

Capítulo II. Terapia Ocupacional y Participación social como ocupación

Concepto de Terapia Ocupacional

La Terapia Ocupacional (T.O.) es una profesión sociosanitaria, la cual posee una perspectiva holística e integral de las personas, ya que las concibe como seres bio-psico-sociales, teniendo también en cuenta los aspectos culturales y espirituales. Parte de la premisa de que todas las personas son seres ocupacionales y, en base a esto, busca mantener y/o restablecer el equilibrio ocupacional por medio de actividades y/o ocupaciones. Para esto se tiene en cuenta durante todo el proceso de intervención la subjetividad de cada persona, con sus deseos, intereses, necesidades, preocupaciones y posibilidades.

Existen diversas definiciones de la T.O., entre las que se destacan las brindadas por la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) y por el Marco de Trabajo de Terapia Ocupacional de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA). Por un lado, la WFOT (2010) la define como:

Una profesión de la salud centrada en el usuario, a la cual le concierne la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación. La finalidad primordial de la T.O. es posibilitar la participación de las personas en las actividades de la vida cotidiana. (p. 1)

A su vez, la AOTA (2020), se refiere a la T.O. como “el uso terapéutico de las ocupaciones de la vida diaria con personas, grupos o poblaciones (es decir, el cliente) con el propósito de mejorar o permitir la participación” (p. 2).

Es relevante destacar la definición mencionada por Simó (2016):

La Terapia Ocupacional es el arte y la ciencia, al integrar la filosofía humanista y holista con la excelencia científica y la investigación, de capacitar y empoderar a las personas

(grupos, comunidades) para que puedan desarrollar un proyecto de vida pleno a partir del desarrollo de ocupaciones significativas, que potencien tanto su independencia como interdependencia, aportando sentido a sus vidas. Su finalidad última es fomentar la justicia ocupacional, co-creando comunidades saludables, inclusivas y sostenibles, donde toda persona pueda desarrollar plenamente su potencial humano, experimentando bienestar físico, psicológico y social; y participar como un ciudadano cosmopolita de pleno derecho desde una solidaridad intra e intergeneracional. (p. 181)

Es así que dicho autor destaca que la T.O. se relaciona con una perspectiva integral y holística de las personas. Enfatiza en los abordajes desde las ocupaciones significativas, que promuevan el bienestar, independencia y sentido a sus vidas. Esto fomentará y promoverá la justicia ocupacional, los derechos y la participación ciudadana intra e intergeneracional. A esta definición se podría agregar el concepto de "autonomía", comprendida por diversos autores como la capacidad que tienen las personas de afrontar y tomar decisiones que competen a deseos y necesidades personales. Su principal diferencia con la independencia, se encontraría en que una persona que requiere asistencia (ya sea de un tercero, una maquinaria o de otra índole) es autónoma siempre que indique qué quiere o necesita. Todos estos aspectos en conjunto se dirigen a empoderar a las personas en su vida diaria, así como a promover comunidades saludables, sustentables e inclusivas.

Tal como refiere la AOTA (2020), la disciplina T.O. toma el concepto de las ciencias ocupacionales. De esta manera, la práctica profesional enfatiza la creencia de la relación bidireccional entre salud-ocupación. Se observa la relevancia que posee la ocupación en la vida diaria de las personas, visualizándolas como seres ocupacionales.

El concepto de ser ocupacional conlleva la importancia de que todas las personas poseen “identidad ocupacional”; como Hooper y Wood (2019, en AOTA 2020), establecieron:

Una suposición filosófica fundamental de la profesión es que, en virtud de nuestra dotación biológica, las personas de todas las edades y habilidades requieren una ocupación para crecer y prosperar; al buscar una ocupación, los humanos expresan la totalidad de su ser, una unión mente-cuerpo-espíritu. Como la existencia humana no podría ser de otra manera, la humanidad es, en esencia, ocupacional por naturaleza.

(p.46)

Las intervenciones están enfocadas en la prevención, promoción, atención, recuperación y/o rehabilitación de la salud. Actualmente, las mismas poseen como eje central el rol interdisciplinario y la horizontalidad, favoreciendo la adquisición, mantenimiento o recuperación de herramientas que fomentan el empoderamiento de las personas. Promueve, por medio de la ocupación y/o actividades, la autonomía y la participación en actividades significativas. Es así que incide en la mejora del bienestar y la calidad de vida.

Entre las poblaciones abordadas desde la profesión T.O. se incluyen infancias, adolescentes, adultos y personas mayores. Por otra parte, los ámbitos de intervención profesional son variados, entre los que se encuentran hospitales, consultorios, escuelas, espacios jurídicos, comités bioéticos, docencia, investigación, comunidades, entre otros.

Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional

El marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional es un documento de la AOTA donde se dispone una terminología uniforme para el ejercicio de la profesión. Además, su objetivo es generar una base para la investigación, la formulación de leyes y la formación

académica. La misma se revisa cada cinco años. La última versión data del año 2018, mientras que su traducción al castellano se publica en el año 2020, la cual es utilizada en la presente investigación.

Para el contexto de la intervención profesional, en el marco se designa el término “cliente”, el cual se refiere a personas, grupos y/o poblaciones. El grupo puede estar conformado por un conjunto de personas que comparten características o propósitos, mientras que las poblaciones son individuos con atributos comunes, como su contexto, preocupaciones, entre otras. Además, es relevante considerar que las personas pueden sentirse parte de una comunidad, siendo fundamental comprender desde su perspectiva el sentido de pertenencia, para así lograr un abordaje adecuado.

Este documento se divide en dos grandes secciones denominadas “Dominio” y “Proceso”. El dominio incluye las áreas de incumbencia del profesional T.O., en donde se detallan ocupaciones, contextos, patrones de desempeño, habilidades de desempeño y factores del cliente. Se destaca su relación transaccional y su influencia sobre la salud, bienestar, calidad de vida y participación.

A los fines de esta investigación, es relevante focalizar en las ocupaciones, aspecto fundamental de la profesión. Las mismas poseen un rol central en la identidad ocupacional, brindando significación a la vida del cliente. Se encuentran estrechamente relacionadas con la subjetividad de cada individuo, con sus deseos e intereses, su contexto, su grupo social, y su historicidad. Dentro del presente marco las ocupaciones incluyen las AVD (actividades de la vida diaria), las AIVD (actividades instrumentales de la vida diaria), gestión o manejo de la salud, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social.

Dentro de la T.O. se utiliza a las ocupaciones y/o a las actividades con fines terapéuticos. Es conveniente definir cada una de ellas en primera instancia. Se comprende a la ocupación como un concepto amplio, que incluye a la actividad. Es significativa, propositiva y parte de la identidad del sujeto; es decir, es un aspecto integral de la identidad ocupacional. Se desarrolla dentro de un contexto, y su realización (o no) conlleva efectos anímicos en el cliente. Un ejemplo de la misma puede ser un oficio. Por su parte, la actividad es algo común a todas las personas, que varía de cultura en cultura, no tiene significación emocional ni un contexto determinado. Se compone de pasos, etapas y tareas; como puede ser, limpiar el piso. No obstante, cabe mencionar que los ejemplos son a modo de ilustración, ya que tendrán un significado distinto según cada persona.

Siguiendo a Trombly (1995 en AOTA 2020), las actividades y ocupaciones pueden emplearse como medio o como fin de una intervención. El primer caso implica hacer uso de las mismas como herramientas para alcanzar un objetivo específico. En cambio, como fin se utiliza una ocupación propositiva y significativa para la persona.

El “Proceso” implica la prestación de los servicios profesionales, en donde se busca, mediante la participación en las ocupaciones, favorecer la salud y bienestar del cliente. Incluye tres secciones: evaluación, intervención y resultados, que se encuentran en constante relación durante el proceso. Los profesionales T.O. utilizan su razonamiento profesional para llevar adelante dicho proceso. Este razonamiento clínico es fruto de años de formación, de conocer en detalle las ocupaciones y actividades, sus componentes y pasos (o involucrarse en conocerlos), como así también de poseer una perspectiva integral y holística de las personas.

Es pertinente destacar que los terapeutas ocupacionales promueven la salud, el bienestar y la participación por medio de las ocupaciones como herramienta terapéutica. Para esto analizan la interacción compleja y dinámica entre los aspectos del dominio que, además, se influyen entre sí constantemente; es decir, analizan la relación transaccional entre la ocupación, los contextos, los patrones del desempeño, las habilidades de desempeño y los factores del cliente. Esto es lo que se denomina análisis del desempeño ocupacional, donde, además, se tendrán en cuenta otros aspectos, como los deseos y necesidades personales del cliente.

Continuando con la descripción del proceso, se reseñará brevemente cada sección.

En la evaluación el profesional se centra en el cliente, sus deseos y necesidades; analiza su historia ocupacional, su desempeño actual, al igual que su contexto con las barreras y apoyos que posibilitan u obstaculizan la participación, la salud y el bienestar de la persona. Cabe mencionar que esta evaluación se realiza al principio del proceso terapéutico y se continúa durante el mismo.

Durante la intervención el profesional presta sus servicios luego de determinar un plan de intervención según la evaluación realizada en el comienzo del proceso. Aplica su razonamiento clínico, mediante el cual visualiza las necesidades y deseos del cliente y aplica sus conocimientos teóricos para proponer y conseguir dichas metas, combinándolo con los marcos de referencia, modelos de práctica y pruebas de investigación sobre las intervenciones.

No obstante, esta se encuentra sujeta a modificaciones y ajustes según las re-evaluaciones que el T.O. realiza, ya que el proceso de intervención se encuentra compuesto por un plan de intervención (inicial), una implementación de la intervención (propriadamente dicha) y una revisión de la misma (re-evaluar). Los abordajes varían según el cliente que se presente (persona, grupo o

población). Durante toda la intervención, y luego de finalizada la misma, el profesional debe tener presente el Código de Ética de la Terapia Ocupacional.

Los resultados surgen de la intervención de T.O. y deben ser medidos con los mismos métodos utilizados en la evaluación inicial, comparando los resultados según el estado inicial del cliente en la evaluación. La AOTA (2020) plantea que:

Los resultados pueden atribuirse a la mejora en áreas del dominio, como las habilidades de desempeño y los factores del cliente, pero en última instancia deben ser reflejados en la capacidad de los clientes para dedicarse a las ocupaciones deseadas. (p. 25)

Se debe mencionar la importancia fundamental del trabajo en equipo interdisciplinario, entendido como aquel en que los profesionales mantienen una comunicación constante y fluida entre sí, abordando a las personas como seres complejos desde una visión integral. El propósito fundamental de este trabajo interdisciplinario es establecer caminos terapéuticos conjuntos, no superponer sus servicios, evitar el riesgo de fragmentar a la persona, debatir y escuchar distintos enfoques, entre otros. Como menciona Lejarraga (2004) “el eje de la interdisciplina es la búsqueda de una comprensión compartida de los problemas, en función del reconocimiento de su interdependencia” (p. 561). Esto implica rechazar la idea de saber absoluto y optar por el trabajo conjunto, simétrico en pos de conseguir el bienestar, salud y participación de las personas.

Cabe mencionar a los fines de esta investigación que, el Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional de la AOTA es un documento realizado en norteamérica, por lo que, se destaca la diferencia poblacional y las variaciones en el ejercicio de la profesión T.O. de Latinoamérica, y, específicamente en este caso, de Argentina. Sin embargo, se decide que su

utilización es pertinente, debido a la aceptación general del mismo, utilizando así una clasificación y una terminología uniforme en la profesión T.O.

Como mencionan Bottinelli et al. (2016) es necesario replantearse los conocimientos y perspectivas actuales de la T.O. dado que muchos de estos se basan en conceptos que promueven la universalidad y generalización de la práctica profesional, sin considerar las subjetividades, heterogeneidad y variabilidad de quienes reciben los servicios. Dichas autoras mencionan que Brasil fue uno de los países en contraponerse a las ideas abstractas y lineales propuestas en Estados Unidos, refiriendo que “no hay una única T.O., hay tantas Terapias Ocupacionales como terapeutas ocupacionales existen” (Botinelli et al., 2016, p. 99).

Participación Social

Continuando con el marco de trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional, se considera a la participación social, desde ahora denominada PS, como una ocupación. No obstante, primero se debe comprender qué es la PS.

Gallardo-Peralta et al. (2016) relacionan a la PS con un mejor estado de salud y bienestar, donde la persona se involucra en actividades y espacios institucionales, comunitarios y sociales (ya sean formales o informales). En la Declaración de “Alma-Ata” (1978, en Abregú 2017), lugar donde se construye una definición de Atención Primaria de la Salud (APS), se vincula a la PS y APS, planteando la intervención comunitaria desde una perspectiva horizontal. Menéndez (2006, en Abregú 2017) sostiene que:

Sólo hay PS cuando se toman en cuenta el punto de vista de los actores, dado que si los mismos no reconocen que determinados problemas ameritan que ellos se organicen y

participen, los esfuerzos generados desde “afuera” no sólo pueden ser inútiles o ineficaces, sino incluso contraproducentes. (p. 14)

Se reconoce a la PS como un factor protector de la salud dado que promueve hábitos y rutinas saludables, así como previene declives, deterioros y enfermedades. Gracias a esta ocupación, las personas construyen lazos sociales, vínculos con otros sujetos y asumen nuevos roles, generando así redes de apoyo que aminoran el aislamiento social.

A partir de la PS, las personas asumen una responsabilidad, en donde se vuelven partícipes de su cotidianeidad y desarrollan un rol activo. Así es como adquieren un sentido de pertenencia y nuevos aprendizajes. Tal como refieren Alegría et al. (2013), la PS en actividades físico-recreativas cuenta con aspectos facilitadores significativos como el intercambio con terceros y el “cuerpo vivido”, lo que significa que realizar actividades grupales posibilita experimentar sensaciones placenteras, aumentando la motivación para involucrarse.

Los individuos no sólo concurren a un espacio propuesto por un agente externo; sino que también se involucran en el mismo y lo construyen diariamente, aportando su subjetividad, su bagaje de conocimientos y sus herramientas. Se reafirma que su rol no es pasivo, y, es por esto, que se suelen sentir motivados, incluidos y comprendidos al participar de dichas propuestas. Los concurrentes forman parte integral de las mismas, donde su participación involucra planificar y ejecutar acciones en conjunto con terceros, en búsqueda de cumplir con sus propios deseos.

Es oportuno mencionar en el desarrollo de este capítulo a la PS como ocupación, definida en la AOTA (2020) como:

Entretejido de ocupaciones para apoyar la participación deseada en actividades comunitarias y familiares, así como aquellas que involucran a compañeros y amigos”

(Schell y Gillen, 2019) participación en un subconjunto de actividades que incorporan situaciones sociales con otros (Bedell, 2012) y que apoyan la interdependencia social (Magasi y Hammel, 2004). (p. 81)

Por otra parte, la AOTA (2020) menciona que la PS se puede subdividir en distintas actividades que implican una interacción social con otros, que apoyan la interdependencia social (Bedell, 2012; Khetani y Coster, 2019; Magasi y Hammel, 2004 en AOTA 2020). Las mismas se clasifican en “comunitarias”, “familiares”, “amistades”, “relaciones íntimas de parejas” y “participación en grupos de pares”. Las actividades que implican una interacción social son referenciadas dentro de la sección “**Participación social**” de la AOTA (2020), y serán desarrolladas a continuación.

La participación comunitaria es aquella en donde la persona se involucra en actividades que requieren una interacción a nivel de la comunidad, tal como consideran Gallardo-Peralta et al. (2016), quienes definen a la PS como la integración de los individuos a espacios comunitarios, como las instituciones, asociaciones y otras redes.

La participación familiar se asocia a la interacción social que se produce según los roles que cada persona asume, ya sean estos deseados o no. Alegría et al. (2013) consideran el apoyo familiar como un aspecto fundamental que incide en la participación (o no) de ciertas actividades.

La participación con amistades tiene en cuenta el vínculo de confraternidad generado entre las personas, el cual incluye aprecio, lealtad y acompañamiento en los diversos momentos del curso vital. Gallardo-Peralta et al. (2016) mencionan en su artículo que las personas que no

participan en agrupaciones sociales, son quienes refieren tener menos amigos cercanos que quienes sí participan socialmente.

La participación en relaciones íntimas de parejas hace referencia al intercambio de afecto y privacidad que se presenta en un vínculo y puede incluir o no la actividad sexual. Tal como mencionan diversos autores, la PS incide en el bienestar e influye en una mejor calidad de vida. Esto, a su vez, promueve que la persona se interese en conocer a otros y establecer un vínculo con los mismos, fomentando un envejecimiento activo, saludable y exitoso. Maier y Klumb (2005 en Valpuesta et al., 2016) proponen un enfoque que:

Vincula la actividad participativa y la supervivencia en el ser humano en términos de reciprocidad ya que, por un lado, la actividad social parece ser beneficiosa para la salud y, por otro, una buena salud facilita a su vez la participación de las personas mayores en actividades sociales. (párr. 3)

La participación en grupos de pares es considerada como aquella actividad que involucra un grupo de personas que comparten características, como su edad, intereses, antecedentes, preocupaciones, deseos, estatus social, entre otras. La misma genera un apoyo en la interdependencia social de la persona (Magasi y Hammel, 2004 en AOTA 2020), favoreciendo a mejorar la calidad de vida, así como mantener y/o recuperar un rol activo. De esta manera, se observa que su incidencia en la salud es significativa.

La PS en cualquiera de estas actividades es considerada un aspecto protector de la salud, ya que, como se mencionó anteriormente, promueve el bienestar de los sujetos y provoca efectos positivos. Las personas, por medio de esta, pueden mantener y/o asumir nuevos roles; generando nuevos hábitos, sentidos de pertenencia, evitando el aislamiento y continuando actividades

propositivas en su vida, tal como refieren Gallardo-Peralta et al. (2016). Asimismo, contribuye a generar nuevas redes de apoyo.

A su vez, el hecho de participar denota beneficios en aspectos físicos, psíquicos, cognitivos y emocionales. La PS estimula las redes neuronales, favoreciendo al mantenimiento y entrenamiento de la memoria, atención, orientación y funciones ejecutivas; tal como refieren Sepúlveda-Loyola et al. (2017):

Las actividades sociales ayudan a preservar la capacidad cognitiva en la población adulta mayor, debido a que la participación social es un estímulo que mantiene al adulto mayor vinculado con el medio y la comunidad. Al participar en reuniones, el adulto mayor se mantiene conectado en el tiempo y el espacio, así también, interactúa con otros adultos mayores, lo cual estimula los sistemas sensoriales, la autoestima, la afectividad, y el apoyo emocional y psicológico. (p. 344)

En concordancia a esto, los mismos autores refieren que disminuye las posibilidades de depresión, ansiedad, demencia y otros trastornos psíquicos. En relación a lo emocional, autores como Gallardo-Peralta et al. (2016) adhieren a lo antedicho y manifiestan que las personas que son partícipes de actividades y agrupaciones sociales “sienten que su vida es mejor de lo que esperaban” (p. 107). Exponen que dichas personas presentan mejor desempeño en su vida diaria, mayor disfrute en involucrarse en situaciones novedosas, mejor adaptación a los cambios, entre otras.

Por otra parte, se resalta su influencia en aspectos físicos-motores, ya que mantiene/mejora la integridad neuromusculoesquelética, tal como refieren Sepúlveda-Loyola et al. (2017) “los adultos mayores que son socialmente activos presentan mayor funcionalidad, más

hábitos saludables, menor número de comorbilidades y bajo riesgo de mortalidad que aquellos que no participan de organizaciones comunitarias” (p. 345).

Modelo de Ocupación Humana

Para poder hablar del paradigma actual de la T.O. se debe comprender qué es un paradigma. Según Khun (en Simó, 2015), es la visión que los profesionales comparten sobre su propia disciplina; es el alma o corazón cultural de la profesión. Con respecto a la T.O., se parte de que la profesión se basa en principios de una visión humanista del ser humano, donde la práctica profesional se centra en la persona, con una mirada holística e integral, considerando, como se mencionó previamente, al ser como bio-psico-socio-espiritual, inmerso en su contexto. De esta manera, se considera a la “ocupación significativa como el alma de intervención” (Simó, 2015, p. 30).

El Modelo de Ocupación Humana (MOHO), marco teórico formulado por Gary Kielhofner en 1980, es uno de los modelos más utilizados en el área de la T.O. El mismo basa su teoría en concebir al ser humano como un todo; se plantea una perspectiva integral de la persona, en donde se desarrollan y complementan mutuamente tres componentes en particular: la volición, la habituación y la capacidad de desempeño.

El primer componente se relaciona con la motivación de los sujetos a realizar diversas ocupaciones. Para poder comprender esto, es necesario hacer énfasis en los deseos e intereses de las personas, puesto que son fundamentales para que las actividades sean llevadas a cabo. Asimismo, la volición se ve condicionada por la necesidad biológica de ser activos; tal como menciona Kielhofner (2004) “tener cuerpos con potencial de actuar en el mundo nos otorga el deseo de hacer cosas” (p.16).

El querer hacer determinada ocupación puede verse influida por diversos factores, dado que no siempre es única la motivación que nos moviliza a accionar. En relación a esto,

Kielhofner (2004) refiere:

En efecto, cada persona tiene sentimientos y pensamientos distintos acerca del hacer cosas que son esenciales para la volición. Estos pensamientos y sentimientos se relacionan con tres aspectos fundamentales: sentido de eficiencia o de capacidad personal, importancia o valor que se da a lo que uno hace, goce o satisfacción que uno experimenta al hacer cosas (p. 17)

Los aspectos volitivos incluyen la causalidad personal (sentido de capacidad y eficiencia), los valores y los intereses. Estos elementos están habitualmente en relación y forman parte del proceso de volición, que cuenta con cuatro etapas fundamentales, también en interacción constante. Los mismos implican la experiencia de las vivencias y sentires, la interpretación, es decir, la reflexión de esas vivencias, la anticipación de proyectar futuras acciones y la elección de actividades. Todas estas características impulsarán a los sujetos a desempeñarse en ocupaciones, permitiendo el alcance de un rol activo.

Por otro lado, la habituación se relaciona con los hábitos, rutinas y roles que mantiene la persona, los cuales se ven atravesados por el entorno y contexto en el que viven. Justamente estos aspectos pueden verse alterados en la población del presente estudio, como se mencionó en el Capítulo I, principalmente con respecto a la jubilación. Es por esto que la PS se vuelve fundamental para que los individuos encuentren nuevas formas de relacionarse con los otros y con ellos mismos, hallando nuevas experiencias y resignificando sus roles y sentido de pertenencia en los ámbitos en que se desarrollan ocupacionalmente.

Con respecto al tercer componente, el MOHO piensa a la capacidad de desempeño como una conjunción entre la perspectiva objetiva de las habilidades físicas y cognitivas, y la experiencia subjetiva que transita cada individuo de manera singular. Así, se la percibe como la capacidad que tienen los sujetos para llevar a cabo las diversas ocupaciones en función de sus capacidades y limitaciones, prestando especial atención a la percepción particular de cada persona. Es relevante hacer hincapié en este componente a la hora de pensar en la población de personas mayores con demencia para poder comprender su punto de vista y saber de qué modo abordar las intervenciones, generando una horizontalidad y un intercambio dialéctico.

A partir de lo mencionado en los párrafos anteriores, se considera que la PS se encuentra en estrecha relación con los componentes del Modelo de Ocupación Humana. Tanto los aspectos volitivos como la habituación y la capacidad de desempeño van a determinar la PS de las personas, como así también la participación los nutre constantemente, existiendo una relación bidireccional.

Se toma en cuenta este modelo para la presente investigación por la estrecha relación que existe entre la población y una consecuente pérdida o disminución de roles y habituación, además de cómo la intervención asistida con perros puede despertar los aspectos volitivos de la persona, generando interés en desempeñarse en ocupaciones, y más específicamente en desarrollar la PS. Los tres componentes principales de la teoría que presenta el MOHO se reflejan en el taller abordado en este estudio.

En síntesis, en la presente investigación se adhiere a que los seres humanos son seres sentipensantes, comprendiendo esto como personas emocionales, racionales, espirituales, donde lo contextual, social, cultural y económico incidirá. En función de lo mencionado durante el

Capítulo II, se concluye que la PS puede ser definida como aquella ocupación que posibilita a las personas integrarse y ser parte de espacios y actividades de diversa índole (íntimas, comunitarias y sociales), siendo una fuente de apoyo social valiosa.

De esta manera, la PS en las personas mayores, mantiene y/o permite la generación de redes de apoyo y nuevos roles, propiciando a su vez cambios positivos y beneficiosos en la salud física, psíquica, cognitiva y emocional. Es así que se enfatiza en la importancia de las actividades que requieren interacción social ya que contribuye a mantener una buena calidad de vida y al bienestar de los sujetos, favoreciendo el empoderamiento, la autonomía y la dignidad personal. Además, la persona desarrolla autoestima, seguridad y genera nuevos sentimientos de pertenencia.

Capítulo III. Intervención Asistida con Animales: el rol terapéutico de los perros

Revisión histórica de la Intervención Asistida con Animales

Realizando una breve revisión histórica, se observa que desde la prehistoria existe la relación humano-animal, a quienes se los relaciona con beneficios de salud, bienestar, sanadores y sujetos de investigación. En la literatura griega y romana se los concebía de forma positiva, representando al dios de la medicina y la curación para los griegos en el siglo VI A.C. Sin embargo, en la Edad Media esto cambió puesto que todo vínculo con los animales era visto como inapropiado.

A partir del siglo XVII la perspectiva giró hacia la visión de los animales como seres capaces de socializar. Castro (2018) menciona que en dicho siglo se iniciaron proyectos donde los caballos acompañaban a las personas con alto grado de discapacidad en sus tratamientos y proceso de rehabilitación. En Inglaterra, entre fines del siglo XVIII y principios del siglo XX, se fue desarrollando el uso de los animales como medio para las terapias y como compañía, generando refuerzos positivos. A partir de los años 60 en Estados Unidos comenzó a llevarse a cabo formalmente la terapia con animales y en 1980 se reconoció la TAA en la medicina y enfermería.

Como gran promotor a nivel mundial se destaca la creación en 1977 de la Delta Foundation en Portland, Estados Unidos, la cual antecede y es fundamental para la conformación en 1981 de la denominada Delta Society (actual Pet Partners). Esta ha promovido el desarrollo de la intervención asistida con animales mediante investigaciones y protocolos. La Delta Society junto con organizaciones europeas y australianas crean en 1990 la International Association of

Human-Animal Interaction Organizations (IAHAIO). Posteriormente, se incorporan a la misma la Fundación Affinity y el Centre de Teràpies Assistides amb Cans (CTAC), ambas españolas.

Su desarrollo continúa incluso actualmente, por lo que están cobrando mayor relevancia en los últimos años, desarrollándose como medios terapéuticos en ámbitos de salud y educación.

Clasificaciones y conceptos

IAHAIO (2013 en Castro 2018) establece dos categorías: por una parte se encuentra la Intervención Asistida con Animales (IAA) que incluye la Terapia (TAA) y Educación (EAA) Asistida con Animales, y por otra parte, las Actividades Asistidas con Animales (AAA). A continuación, se expondrán las definiciones brindadas por IAHAIO (2014, actualizado 2018) y las cuales son ampliadas en Castro (2018).

Intervención Asistida con Animales (IAA)

Las IAA son intervenciones en las que un animal se incorpora al tratamiento, con una estructura y objetivos determinados. Se implican profesionales de la salud y educación, formados para el trabajo con animales y con personas. Dichos objetivos pueden ser cognitivos, físicos, sociales o emocionales, y son personalizados según cada sujeto. Es necesario que el trabajo sea interdisciplinar, ya que serán los encargados de encaminar los abordajes para el logro de las metas.

Las IAA engloban a la Terapia Asistida con Animales (TAA), Educación Asistida con Animales (EAA), Actividades Asistidas con Animales (AAA) y Coaching Asistido con Animales (CAA), desarrolladas a continuación.

Terapia Asistida con Animales (TAA)

La TAA es una terapia dirigida y planificada por un grupo de profesionales de la salud, educación o del ámbito social, quienes estructuran y establecen objetivos que se dirigen a desarrollar los aspectos físicos, cognitivos, conductuales y/o socio-emocionales de la persona individual o del grupo. Para llevar a cabo dicha terapia, el profesional debe estar certificado, poseer un título, licenciatura o grado, ya que es necesario el conocimiento de la técnica y manejo del animal involucrado para el logro de metas propuestas.

Educación Asistida con Animales (EAA)

La EAA es una intervención estructurada y con objetivos pedagógicos específicos en donde los profesionales a cargo están formados y cualificados en el ámbito de la educación general y/o especial y a nivel grupal o individual. Por ejemplo, un profesor de la educación general promueve la tenencia responsable de mascotas; en la educación especial el profesor establece objetivos como el desempeño académico, estimula los procesos de desarrollo, el lenguaje, las habilidades sociales y el funcionamiento cognitivo. El animal dentro del aula funciona como motivador, reforzamiento y dinamiza los procesos.

Actividad Asistida con Animales (AAA)

La AAA es una actividad informal que involucra al profesional y animal de terapia, con objetivos definidos como fomentar la motivación, educación o recreación y puede incrementar la calidad de vida de las personas. Un ejemplo podría ser una actividad realizada luego de un desastre ambiental, donde se centrará en proveer apoyo y consuelo. Al igual que los anteriores, el profesional debe estar capacitado y certificado, y, podrán participar de TAA o EAA, de manera

directa y con objetivos formales, siempre que sean acompañados de un profesional de la salud, educación o servicio social.

Coaching Asistido con Animales (CAA)

El CAA es una intervención planificada, estructurada y con objetivos definidos, que se suele centrar en el desarrollo personal, la mejora de procesos grupales, habilidades sociales y/o funcionamiento socio-emocional del receptor. El profesional debe registrar la progresión mediante la documentación. Este debe poseer las formaciones teóricas correspondientes, ya que es necesario el conocimiento sobre el comportamiento, salud, necesidades e indicadores de estrés de los animales involucrados.

Terapia Asistida con Animales: Intervención Asistida con Perros

En el mundo coexisten diversas especies animales con los humanos. Para que la existencia continúe de manera equilibrada, en homeostasis, se establece una relación bidireccional, simbiótica y de mutua necesidad. Según Castro (2018), existen diversas TAA, entre las que se incluyen terapia con caballos, delfines y perros. A los fines de esta investigación, se hará hincapié en la IAP, ya que se destaca el lazo psico-afectivo excepcional que los une a los seres humanos, quienes se consideran actualmente como fieles amigos, quienes nos “escuchan”, “miran” y “acompañan”, de tal modo que son integrantes del núcleo familiar.

Cabe mencionar que, para mencionar a la TAA con perros, se utilizará el nombre de Intervención Asistida con Perros. “La TAA con perros es una terapia no farmacológica que se aplica como complemento o apoyo a otros tratamientos, con el objetivo de mejorar calidad de vida y autonomía personal” (Castro, 2018, p. 10).

Dentro de la historicidad de las IAP se destacan diversos momentos donde se ha contribuido a su desarrollo, como es el caso de un psiquiatra llamado Levinson que, en 1953, menciona acerca de su perro Jingles que “le mostró involuntariamente a su dueño el potencial que tenía como coterapeuta” (Castro, 2018, p. 3). Es así que su libro “Psicoterapia infantil asistida con animales” publicado en 1969 se considera una bisagra en el desarrollo de la TAA. También, un asistente social llamado David Lee, destaca que los perros funcionan como “catalizadores de interacciones sociales entre el personal asistencial y los pacientes y entre los mismos dementes entre sí” (Castro, 2018, p. 4) en un hospital de atención psiquiátrica.

En relación al objetivo del presente estudio, esta terapia es factible de utilizarse como complemento a otras sesiones terapéuticas en poblaciones de personas mayores, personas con trastornos del desarrollo, enfermedades mentales y/o discapacidad física (Castro, 2018). En la población de personas mayores con demencia, como se mencionó en el Capítulo I, se pueden asociar cambios en su desempeño ocupacional, donde se involucran las modificaciones de hábitos, rutinas, roles, ingresos económicos y/o la presencia de deterioro físico, social y psíquico. Esto se puede acompañar de sentimientos de baja autoestima, tristeza o depresión, inseguridad, aislamiento, soledad, entre otras. Guillén (2016) menciona que:

La compañía de un animal puede ser la solución a este problema en los ancianos. Según Williams y Jenkins, esto se debe al efecto positivo psicosocial que produce el animal. La relación que se forja les aporta seguridad. En muchos casos, los animales pueden incluso sustituir a los miembros de la familia. (p. 7)

Algunos ámbitos posibles de llevar a cabo la IAP con personas mayores pueden ser las residencias de mayores, centros de día, centros cívicos y domicilios. Según las personas

involucradas, los objetivos variarán pudiendo dirigirse a estimulación cognitiva, sensorial o psicomotriz. Es así que dicha terapia favorece beneficios físicos, cognitivos y sociales, ya que dentro de estas sesiones se fomenta y propicia de manera inherente la interacción social con otras personas, favoreciendo la participación y las habilidades sociales.

Dentro de los beneficios físicos se describe una disminución de la presión arterial y frecuencia cardíaca con consecuente menor agitación debido al aumento de la secreción de neuroquímicos que favorecen a la relajación; mejora las destrezas motoras y el fortalecimiento muscular, el equilibrio y la coordinación. Los beneficios en aspectos cognitivos incluyen una mejora en el estado de ánimo, con disminución de ansiedad, sentimientos de soledad y estrés. Potencia la autoestima, la autonomía y la motivación, incrementando niveles de atención, concentración, comunicación, memoria y lenguaje.

Dentro de los beneficios sociales se incluye el aumento de empatía, el respeto y el interés en actividades que involucran la interacción con otras personas donde se requiere de la colaboración, cooperación y compromiso en el trabajo en equipo. También favorece la mejora en habilidades comunicativas. Como menciona Castro (2018):

Una terapia donde al animal actúa como co-terapeuta ofrece beneficios verificables ya que la actuación del profesional junto con el perro especializado pueden actuar como catalizadores para que aflore la capacidad natural de una persona de resolver sus problemas psicológicos, ya que en esta vida todo depende de nuestro propio trabajo personal. No hablamos de un remedio mágico, sino de una tarea larga y constante. (p. 12)

El perro en la intervención terapéutica

Continuando con Castro (2018), los perros pueden ser de asistencia o compañía. Diversos autores agregan a esta clasificación a los perros de terapia y de residencia.

Se define al perro de asistencia como un perro instruido para necesidades específicas, como dar apoyo físico y psicológico a personas que poseen alguna discapacidad, durante las 24 horas del día, proporcionando bienestar y seguridad en las actividades de la vida diaria (Castro, 2018). Es así que mejora la calidad de vida de los sujetos, favoreciendo la autonomía personal. Entre sus funciones u objetivos se destacan: ayudar con la movilidad de la persona, facilitar alcanzar objetos, facilitar la independencia (empujando sillas de ruedas, abriendo puertas, encendiendo o apagando luces, etc.), facilitar la relación social (aumento de visitas familiares, grupos de dueños de perros) y la asistencia o apoyo emocional. Castro (2018):

Desde el punto de vista psicológico, los perros adoptan una actitud afectiva y de gran apego hacia el ser humano, sin juzgarles y ofreciendo su presencia fiel durante toda su vida, lo que incide positivamente en la creación y fortaleza del vínculo afectivo-emocional. (p. 13)

Se destaca como antecedente en 1975 a Joseph Resinguer, un joven procedente de Australia, que luego de quedar ciego adiestra a sus tres perros para que lo guíen en su vida diaria, pudiendo así desplazarse de manera autónoma. En 1920 en Gran Bretaña forman a los primeros perros guía oficiales para ayuda de veteranos que perdieron su visión durante la Primera Guerra Mundial. En 1950 los perros de asistencia alertaban a personas con discapacidad auditiva acerca de sonidos como timbre, puerta, llantos de niños, entre otros. En 1970 las personas con dificultades en la movilidad debido a enfermedades (como ACV, esclerosis múltiple, distrofia

muscular, etc.) poseían a dichos perros. Así se observa la evolución del perro de asistencia hasta nuestros días; ya que en la actualidad estos cumplen diversas funciones, como avisar sobre posibles crisis epilépticas, peligrosos cambios en la glucosa, colaborar en la vida cotidiana de las personas con demencias, entre otras.

Diferenciación y características de los perros de asistencia y los perros de terapia

Los perros de asistencia según Albouy (2020) se clasifican en perro guía, perro señal, perro de servicio para niños con Autismo (PSNA), perros de ayuda física, perro de alerta médica y perro de soporte emocional los cuales se describirán en la **Tabla 1**.

Tabla 1

Clasificación de perros de Asistencia

Perros Guía	Es un perro cuidadosamente entrenado que sirve como una herramienta para personas que tienen impedimentos visuales graves o que son ciegas.
Perro Señal	Es un perro que ha sido entrenado para alertar a una persona que tiene una pérdida significativa de la audición o es sorda, cuando se produce un sonido, como por ejemplo un golpe en la puerta
Perro de servicio para niños con Autismo (PSNA)	Es un perro entrenado para ayudar a una persona con autismo.
Perro de Ayuda Física	Es un perro entrenado para ayudar a una persona con movilidad reducida.
Perro de alerta médica	Es un perro entrenado para ayudar a una persona con epilepsia, diabetes. El perro puede vigilar a la persona durante una convulsión o ir a buscar ayuda. Algunos perros han aprendido a predecir una convulsión y advertir a la persona con antelación para que se siente o se mueva a un lugar seguro.

Perros de Soporte Emocional	Es un perro que brinda apoyo terapéutico a una persona con enfermedad mental. Debe ser prescrito por un profesional de salud. La prescripción debe asegurar que el individuo tiene un impedimento que limita de manera sustancial una o más actividades mayores de la vida diaria y que la presencia del animal es necesaria para la salud mental y el funcionamiento normal del individuo
-----------------------------	--

Nota. Datos tomados de Albouy (2020, p. 29-30).

Por otra parte, el perro de terapia es un animal que trabaja en conjunto con su guía. Asisten a distintos ámbitos con poblaciones diversas, donde realizan actividades para cumplir con los objetivos terapéuticos que el o la profesional se plantea (Albouy, 2020). A su vez, estos animales deben presentar características específicas que permitan llevar adelante una intervención adecuada. Es necesario que tengan un carácter y temperamento que se adecúe a las necesidades y características de las personas involucradas en el abordaje, logrando un encuadre apropiado.

Sarasúa (2021) menciona qué características debe tener un perro de terapia, entre las que se encuentran: una buena socialización, donde no presente miedos ni fobias; la costumbre de estar en contacto con personas extrañas e interés por aprender e interactuar. Es importante, además, no forzar experiencias que no desea.

Por último se encuentra el perro de residencia, el cual es la mascota de una institución, donde vive bajo el cuidado de la institución o con su cuidador (Albouy, 2020).

Capítulo IV. Rol de T.O. en la intervención asistida con perros

Actividades con el perro como medio terapéutico

Como se mencionó en el Capítulo II, la T.O. tiene como eje central el uso de ocupaciones y actividades como medio de intervención durante el proceso terapéutico, priorizando siempre la significación que le otorgue el cliente. En el caso de este estudio, se percibe la IAP como una alternativa novedosa para llevar a cabo abordajes no farmacológicos en personas mayores diagnosticadas con demencia, lo que va cobrando cada vez mayor relevancia en las opciones de intervención. Específicamente, se considera la capacidad de dicha terapia para incidir en la PS de estos sujetos, motivo por lo cual se propone en esta investigación observar cómo se presenta en los talleres y poder describirla.

Debido a la capacidad de los animales para generar un ambiente agradable y entablar relaciones positivas y valiosas para con y entre los usuarios. Puntualmente en los perros, esto puede deberse por sus niveles de sensibilidad y empatía que logran despertar en los sujetos, quienes saben que el animal de terapia no emite juicios de valor ni critica lo que hacen o dicen. Por esto, y más aspectos, el animal de terapia permite que se establezca en el ambiente un intercambio ameno, el cual fomenta la participación, el compañerismo y la sociabilidad.

Si bien la IAP es un medio de abordaje específico, cabe mencionar que los procesos para elaborar un plan de tratamiento en T.O. continúan los lineamientos mencionados en el Capítulo II, donde la AOTA (2020) establece que, para efectuar el plan de intervención, es necesario realizar un análisis exhaustivo previo, momento en el que el profesional conoce al o a las personas y comienza a constituir un vínculo de confianza. El terapeuta ocupacional se interioriza en las historias de vida, intereses, deseos, ocupaciones, contextos y características físicas,

psíquicas y cognitivas. Todo ello permitirá confeccionar los objetivos y procedimientos específicos en función de los requerimientos y significaciones de los clientes.

Siguiendo a Vásquez Duque (2021), es importante destacar que, durante la IAP, debe haber un guía especialista para encargarse de las necesidades del animal y además que conozca sus reacciones y sea capaz de anticipar y controlar sus accionares, permitiendo que el terapeuta ocupacional pueda cumplir con su rol específico de llevar a cabo los procedimientos necesarios para lograr los objetivos propuestos, sin detenerse en el trabajo con el can.

En relación a la intervención llevada a cabo desde la T.O., es fundamental tener presente la ética de la profesión. En este sentido, se debe respetar a cada parte involucrada en todo momento, preservando la integridad y bienestar. En relación a la población de estudio, constituida por personas mayores con demencia, se la debe considerar como sujetos de derecho, donde por ningún motivo debe pasarse por alto su voz, el trato digno y el respeto. En este sentido, por ejemplo, no se puede obligar a participar en una actividad a alguien que no lo desee. Se debe brindar en la mayor medida de lo posible comodidad, confort, escucha activa y contención.

Asimismo, en relación al perro de terapia, es importante hacer hincapié en que no solo es un medio terapéutico, sino un ser vivo que debe ser considerado y respetado como tal. Siguiendo a Luciane Fischer et al. (2015) el animal no debe ser visto como una herramienta en el proceso de intervención; por lo que su bienestar debe ser garantizado y no se lo debe forzar a realizar ejercicios o actividades que no desea o que ponen en riesgo su salud o integridad física, tales como saltos, volteretas, trucos y otras maniobras peligrosas. Se debe proteger al animal durante todo el desarrollo de las actividades, ya que hay personas que pueden no registrar el dolor del

mismo, tendiendo a tirar el pelo, apretar, pisar, etc. Además, el profesional debe respetar los momentos de comida, descanso y ocio habituales del can.

Por otra parte, se considera muy importante que los perros de terapia concurren al médico veterinario con sus controles pertinentes y que su higienización sea frecuente, evitando así lesiones, alergias y otras dificultades en la salud, tanto del animal como de las personas involucradas.

Se destaca la importancia en el trabajo interdisciplinario para el abordaje y realización de las sesiones de IAP, como se mencionó en el Capítulo II.

Este tipo de intervención presenta un amplio repertorio para distintas modalidades de terapia, lo que permite realizar diversos tipos de actividades, ya sea promo preventivas o de estimulación cognitiva, física o sensorial. A su vez, cuenta con la ventaja de que tiende a generar un gran nivel de participación en las personas, a diferencia de ciertos medios terapéuticos inanimados que quizás no logran mantener constantemente el estado de alerta durante el desarrollo de la actividad.

La Terapia Ocupacional y las vejeces en el taller de IAP

Se destaca la dinámica del taller brindado en G.A.M.A., en tanto este se lleva a cabo de manera grupal, donde todos los integrantes pueden participar, compartir y/o escuchar a los compañeros y a las profesionales. Además, y no menos importante, todos presentan la misma oportunidad de ver y tocar a Lola durante el desarrollo de los encuentros. Es decir, los concurrentes tienen la posibilidad de interactuar socialmente con sus compañeros, con las profesionales y con la perra de terapia.

Resulta significativo mencionar en palabras de Claudia Arias (2015) a “La función socializadora de los talleres para mayores” (p. 283) en tanto el trabajo grupal contempla mantener, fomentar e incorporar nuevos vínculos en la vejez a partir de la participación en distintos espacios, teniendo así un doble efecto positivo. En este caso, cabe destacar lo valioso que resultan los talleres en las personas mayores diagnosticadas con demencia en tanto generadoras de redes de apoyo, ya que en muchas ocasiones los sujetos se repliegan y se apartan socialmente, dado que sentimientos de angustia, tristeza o soledad invaden sus sentires y profundizan el deterioro cognitivo.

Continuando con lo antedicho, se considera muy importante en el presente estudio reflexionar sobre los modelos y paradigmas que nos han atravesado históricamente en la profesión T.O. para realizar prácticas de-construidas y re-construidas, desde la reflexión, con bases en el respeto, la dignidad, promoviendo derechos, prácticas que propicien a la salud, el bienestar, la participación y la autonomía. Para garantizar esto en la mayor medida de lo posible, se propone utilizar como base a la CIDHPM.

Es así que las autoras adhieren a la Terapia Ocupacional desde una perspectiva Crítica, Social y Comunitaria, donde los abordajes se lleven a cabo desde la horizontalidad buscando “establecer una relación equitativa en la construcción del conocimiento a través del diálogo de saberes” (Sousa, 2010 en Zango Martin, 2017, p. 90). Se debe favorecer a la circulación del poder, al diálogo, a la construcción de conocimientos y a la escucha, evitando así posiciones verticalistas, asimétricas y de desigualdad.

Posibles dificultades de la implementación de IAP desde el rol del terapeuta ocupacional

Las principales complicaciones que aparecen en la temática del rol de T.O. en IAP se relacionan con la escasa práctica y generación de conocimientos que existe a día de hoy en este tipo de intervenciones. Si bien son cada vez más los estudios al respecto, en Argentina no es tan frecuente el uso de IAP en los abordajes de esta profesión. Por este motivo, puede volverse un obstáculo incluir a la IAP dentro de las principales opciones de tratamiento no farmacológico.

Parte III

Aspectos metodológicos

Problema

¿Cómo es la participación social de personas mayores con diagnóstico de demencia que concurren a un taller de intervención asistida con perros (IAP) brindado en el Centro Integral de la Memoria (GAMA) en la ciudad de Mar del Plata, entre los meses de octubre y diciembre en el año 2023?

Objetivos generales

- 1) Analizar la participación social en personas mayores que concurren a un taller de intervención asistida con perros (IAP) brindado en el Centro Integral de la Memoria (GAMA) en la ciudad de Mar del Plata, entre los meses de octubre y diciembre en el año 2023.
- 2) Describir el rol del terapeuta ocupacional en la intervención asistida con perros (IAP) para el análisis de los efectos en la participación social de un grupo personas mayores que asisten al Centro Integral de la Memoria (GAMA) en la ciudad de Mar del Plata, en el período comprendido desde octubre a diciembre de 2023.

Objetivos específicos

- Describir el desarrollo de cada uno de los encuentros de intervención asistida con perros.
- Identificar la asistencia y permanencia del grupo de estudio concurrente al taller que se desarrolla en G.A.M.A.
- Caracterizar la participación social con pares de las personas del grupo de estudio durante el desarrollo de los talleres.

- Caracterizar el vínculo que se constituye entre el grupo de estudio concurrente al taller que se desarrolla en G.A.M.A y el animal terapéutico.
- Caracterizar el vínculo que se constituye entre las personas mayores pertenecientes al grupo de estudio concurrente al taller que se desarrolla en G.A.M.A y las terapistas ocupacionales a cargo del mismo.
- Describir la experiencia subjetiva de cada integrante del grupo de estudio, antes y al finalizar cada encuentro.

Enfoque, diseño y tipo de estudio

El enfoque del estudio es cuantitativo, de tipo no experimental, longitudinal, descriptivo. Se realizó una observación directa de cuatro (4) encuentros de Intervención Asistida con Perros destinados a personas mayores con diagnóstico de demencia. En este contexto se analizó y caracterizó la variable participación social en las dimensiones: con pares, con las profesionales, con la perra de terapia y con la actividad. Se buscó realizar un análisis descriptivo sobre cómo se presentó la variable “participación social” a lo largo de cada encuentro.

Descripción del grupo de estudio

La población de personas mayores con demencia que asistió al taller de IAP reside en la ciudad de Mar del Plata, por lo cual es relevante mencionar cómo se caracteriza esta población. La misma se conformó por dieciocho (18) personas mayores de entre 62 y 89 años de edad, concurrentes al Centro Integral de la Memoria G.A.M.A, de la ciudad de Mar del Plata, en el período comprendido entre Octubre y Diciembre del año 2023. Sin embargo, cabe mencionar que debido a la dinámica del establecimiento esta población fue variando en mayor o menor cantidad con el transcurso del tiempo.

Para la realización del taller de IAP se unieron dos grupos, denominados por la institución como “grupo C” y “grupo D”. El primer grupo de la población de estudio estaba constituido por un total de once (11) integrantes de entre 62 a 86 años de edad, mientras que el segundo por siete (7) personas, de entre 62 a 89 años de edad. Todos los participantes presentaban diagnóstico de demencia o, como lo denomina el DSM V, Trastorno Neurocognitivo Mayor. Cabe mencionar que el grupo D se encontraba con mayor deterioro cognitivo que el grupo C.

Se destaca que todos los integrantes del grupo poseían al menos tres años de escolaridad. En su mayoría completaron el primario, y en otros casos estudios universitarios. Sus ocupaciones eran heterogéneas, habiendo jubilados de comercios, oficios (como plomería, gasista), bancarios, docencia, carreras universitarias (como ingeniería), entre otros.

Para la presente investigación se proporcionó a los concurrentes el consentimiento informado, pero solo se tomó aquella muestra que cumplió con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Personas mayores concurrentes al Centro de la Memoria G.A.M.A, al Taller de intervención Asistida con Perros.
- Edades comprendidas entre 60 y 90 años
- Participar durante al menos el 80% del período comprendido de la experiencia (3 de 4 talleres).
- Firmar el consentimiento informado (por la persona participante o su/s tutor/es).

Criterios de exclusión:

- Contraindicaciones médicas (miedo o alergia a los perros).
- Manifestación verbal de no querer participar.

Definición de variable: participación social

Definición conceptual

Se comprende a la participación social como la intervención de los sujetos en un conjunto de ocupaciones que posibilitan y apoyan su integración en diversas actividades íntimas, comunitarias y sociales (que involucran familiares, pares y amigos). La misma es una fuente de apoyo social valiosa para las personas mayores, ya que implica involucrarse en actividades que requieren interacción social. Esto funciona como mecanismo protector y contribuye a mantener una buena calidad de vida. La participación social fomenta la autonomía, dignidad y empoderamiento de dicha población, así como permite mantener roles y encontrar otros nuevos.

Definición operacional

A continuación se definirá operacionalmente la variable “Participación social”.

Adhiriendo al Marco de Trabajo de Terapia Ocupacional, la participación social abarca diversas actividades, entre las que se incluyen “actividades comunitarias”, “con amigos”, “con familiares”, “íntima de parejas” y “participación social con pares”.

A los fines de la presente investigación y en el contexto de la institución implicada, solo se tomó en cuenta la participación social “con pares”. Para ello, la observación dentro del taller desarrollado en el Centro Integral de la Memoria G.A.M.A., incluyó la participación “con los compañeros”, “con las profesionales”, “con la perra de terapia” y “con la actividad”. Además,

comprendiendo que la participación social conlleva actividades que implican la interacción social, se registraron las subdimensiones de lenguaje verbal, lenguaje no verbal y actitud física de las personas mayores concurrentes.

Para la observación de las subdimensiones en el taller, se tuvieron en cuenta determinados indicadores que serán explicados a continuación:

La subdimensión “Lenguaje verbal” de las dimensiones “con los compañeros” y “con las profesionales” incluye tres indicadores:

1. La persona mayor conversa activamente: los individuos generan un intercambio de palabras y frases logrando una interacción sostenida.
2. La persona mayor realiza preguntas o comentarios: de manera espontánea los sujetos hacen preguntas o comentarios. Los mismos pueden ser mediante palabras concretas o explayándose en oraciones extensas.
3. La persona mayor responde ante una pregunta o comentario: de manera espontánea los sujetos responden ante preguntas o comentarios. Esto puede ser mediante palabras concretas o explayándose en oraciones extensas.

La subdimensión “Lenguaje no verbal” de las dimensiones “con los compañeros” y “con las profesionales” incluye dos indicadores:

1. La persona mayor realiza contacto visual: se presenta contacto visual espontáneamente con sus compañeros y/o con las T.O. Puede ser sostenido o breve.
2. La persona mayor realiza gestos de agrado con su rostro: en las facies de la persona se observan rasgos relacionados con la felicidad, por ejemplo, sonrisa.

La subdimensión “Lenguaje verbal” de la dimensión “con la perra de terapia” incluye dos indicadores:

1. La persona mayor inicia interacción verbal con la perra de terapia: dar una orden, realizar un comentario, decir un adjetivo al can, entre otras. Puede ser de manera espontánea o por indicación de las profesionales.
2. La persona mayor llama a la perra de terapia por su nombre: puede ser de manera espontánea o por indicación de las profesionales.

La subdimensión “Lenguaje no verbal” de la dimensión “con la perra de terapia” incluye cinco indicadores:

1. La persona mayor realiza contacto visual con la perra de terapia: se presenta contacto visual espontáneamente con la perra de terapia. Puede ser sostenido o breve.
2. La persona mayor realiza gestos de agrado con su rostro: en las facies de la persona se observan rasgos relacionados con la felicidad al interactuar con la perra de terapia, por ejemplo, sonrisa.
3. La persona mayor saluda activamente con su mano a la perra de terapia: puede ser de manera espontánea o por indicación de las profesionales.
4. La persona mayor realiza contacto corporal con la perra de terapia: por ejemplo, tocar, acariciar, rascar, besar.
5. La persona mayor se acerca activamente a la perra de terapia: puede ser de manera espontánea o por indicación de las profesionales.

La subdimensión “Lenguaje verbal” de la dimensión “con la actividad” incluye dos indicadores:

1. La persona mayor manifiesta verbalmente estar a gusto con la actividad propuesta: puede ser durante la actividad o al finalizar el taller.
2. La persona mayor da órdenes verbales a la perra de terapia cuando la misma se ve involucrada en la actividad propuesta: puede ser de manera espontánea o por indicación de las profesionales.

La subdimensión “Lenguaje no verbal” de la dimensión “con la actividad” incluye dos indicadores:

1. La persona mayor realiza gestos de agrado con su rostro: en las facies de la persona se observan rasgos relacionados con la felicidad al participar de la actividad propuesta o al finalizar la misma, por ejemplo, sonrisa.
2. En las sesiones la persona mayor mira al terapeuta para comprobar que ha visto lo que hace: el individuo busca contacto visual para obtener la aprobación del T.O.

La subdimensión “Actitud física” de la dimensión “con la actividad” incluye dos indicadores:

1. La persona mayor participa y se involucra activamente en la actividad propuesta: se integra al grupo, responde a la consigna y se involucra en su desarrollo.
2. La persona mayor participa activamente en la actividad que involucra a la perra de terapia: por ejemplo, el sujeto le da de comer y beber, la baña, la cepilla.

A los fines gráficos se representan las dimensiones, subdimensiones e indicadores de los mismos en la **Tabla 2**.

Tabla 2*Participación social con pares*

Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores
Con los compañeros	Lenguaje verbal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La persona mayor conversa activamente con sus compañeros 2. La persona mayor realiza preguntas o comentarios a sus compañeros. 3. La persona mayor responde ante una pregunta o comentario de sus compañeros.
	Lenguaje no verbal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La persona mayor realiza contacto visual con sus compañeros 2. La persona mayor realiza gestos de agrado con su rostro.
Con las profesionales	Lenguaje verbal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La persona mayor conversa activamente con la/s terapeuta/s. 2. La persona mayor realiza preguntas o comentarios a la/s terapeuta/s. 3. La persona mayor responde ante una pregunta o comentario de la/s terapeuta/s.
	Lenguaje no verbal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La persona mayor realiza contacto visual con la/s terapeuta/s. 2. La persona mayor realiza gestos de agrado con su rostro.
Con la perra de terapia	Lenguaje verbal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La persona mayor inicia interacción verbal con la perra de terapia. 2. La persona mayor llama a la perra de terapia por su nombre.
	Lenguaje no verbal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La persona mayor realiza contacto visual con la perra de terapia. 2. La persona mayor realiza gestos de agrado con su

		rostro.
		3. La persona mayor saluda activamente con su mano a la perra de terapia.
		4. La persona mayor realiza contacto corporal con la perra de terapia
		5. La persona mayor se acerca activamente a la perra de terapia.
Con la actividad	Lenguaje verbal.	1. La persona mayor manifiesta verbalmente estar a gusto con la actividad propuesta. 2. La persona mayor da órdenes verbales a la perra de terapia cuando la misma se ve involucrada en la actividad propuesta.
	Lenguaje no verbal.	1. La persona mayor realiza gestos de agrado con su rostro. 2. En las sesiones la persona mayor mira al terapeuta para comprobar que ha visto lo que hace.
	Actitud física.	1. La persona mayor participa y se involucra activamente en la actividad propuesta. 2. La persona mayor participa activamente en la actividad que involucra a la perra de terapia.

Nota. Dimensiones, subdimensiones e indicadores de la participación social con pares.

Elaboración propia.

Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos pertinentes a la presente investigación, se implementaron dos instrumentos: una ficha sistemática de observación y un cuestionario, los cuales fueron de elaboración propia. Para la primera se realizó una observación no participante de tipo directa y para el segundo instrumento se recolectaron datos correspondientes a los sentires de los participantes tanto al comienzo como al finalizar cada taller.

La ficha sistemática de observación (**Anexo I**) correspondiente a la participación social con pares, consiste en el registro de la asistencia y permanencia en el taller, además de cuatro dimensiones. Estas son: A. “con los compañeros”, B. “con las profesionales”, C. “con la perra de terapia” y D. “con la actividad”. Los tres primeros (A, B y C) se encuentran constituidos por dos subdimensiones: “lenguaje verbal” y “lenguaje no verbal”. Mientras que, en la última dimensión (D), se agrega una tercera subdimensión: “actitud física”. Por lo tanto, hay una totalidad de nueve (9) subdimensiones, que, a su vez, se subdividen en indicadores, siendo un total de veintitrés (23). La posibilidad de respuesta en todos los casos es dicotómica (SI-NO).

En segundo lugar, se desarrolló un cuestionario (**Anexo II**) destinado a registrar la experiencia subjetiva del bienestar de las personas mayores concurrentes al taller. Posee un total de siete (7) indicadores, con una posible respuesta dicotómica (SI-NO). El mismo fue administrado por las tesistas, tanto en el momento previo como posterior al taller.

Procedimiento

El trabajo de campo se llevó a cabo durante los meses de octubre a diciembre del año 2023, los días lunes, 10 a.m. en el Centro Integral de la Memoria G.A.M.A. El mismo se ha realizado durante el año con una frecuencia quincenal, mientras que para efectuar el estudio su frecuencia fue semanal, contando para la presente investigación con un total de cuatro (4) encuentros.

Previo al comienzo de la actividad: se realizó la administración del cuestionario (**Anexo II**).

Durante la actividad: se comenzó con la actividad planificada por las profesionales a cargo del taller. Simultáneamente al desarrollo de esta, las tesistas registraron los datos

correspondientes a la ficha sistemática de observación (**Anexo I**). Este proceso de recabación de información sucedió durante todo el transcurso de la propuesta.

Posterior a la actividad: se administró nuevamente el cuestionario de experiencia personal (**Anexo II**).

Es así que en cada encuentro se registraron dos cuestionarios por persona, más una ficha de observación sistemática.

Ética de la investigación

Se realizó la solicitud de autorización de acceso correspondiente a la institución involucrada (G.A.M.A.). La misma se adjunta en el **Anexo III**.

Por otro lado, se confeccionó un consentimiento informado (**Anexo IV**) en donde se plasmaron los objetivos de la investigación, cómo se llevaría a cabo y el período de tiempo que abarcaría. Además, se dejó explícito que su participación podría declinar en cualquier momento de la investigación si la persona lo deseara.

Al ser una población diagnosticada con demencia, se tuvo en cuenta la posibilidad de un impedimento al dar el consentimiento. Por lo tanto, este se entregó a cada familia para que sea firmado por el concurrente y/o familiar responsable en función de las posibilidades de cada uno.

Plan de tabulación y análisis

Luego de finalizar los cuatro encuentros, se presentó en una matriz los datos obtenidos, siguiendo la estadística descriptiva. Se utilizó la distribución por frecuencias y medidas de tendencia central (Media). En la sección de **Resultados** se realizaron gráficos de barra que reflejaron los datos obtenidos en relación a la variable de participación social, con sus respectivas

descripciones y análisis. Posteriormente, se analizó, describió y se realizaron las conclusiones pertinentes.

Descripción de la institución elegida para esta investigación

G.A.M.A. es una organización sin fines de lucro que nació en 1989 en Mar del Plata a partir de determinadas necesidades de la población. Fueron asesorados por el Hospital Privado de la Comunidad en un principio; logrando su formalización como asociación civil en 1991, donde adquirieron su personería jurídica.

Esta institución es una ONG que mantiene su funcionamiento por aportes de sus socios, dinero recaudado en diversos eventos y donaciones. En caso de personas que no puedan concurrir por dificultades socioeconómicas, G.A.M.A. ofrece becas para garantizar la accesibilidad a un tratamiento adecuado, pudiendo reducir brechas de discriminación y desigualdad social.

Entre sus objetivos se destacan mejorar la calidad de vida de personas con Enfermedad de Alzheimer o enfermedades similares y de sus familias, brindando apoyo y contención. De esta manera, se orienta a un enfoque integral, ya que la institución actualmente no sólo colabora para el diagnóstico, tratamiento y cuidado de la persona diagnosticada, sino también tiene la posibilidad de investigación, difusión y capacitación en dichas patologías, a la vez que acompaña a familias, capacita cuidadores formales y asesora con información a la comunidad.

Desde el 2007 se comenzó a ejecutar el Proyecto Alzheimer, a partir del cual se creó el espacio de “Centro Integral de la Memoria”, organizado desde el Modelo Social de la Discapacidad. Esto se destinó al perfeccionamiento de los servicios y atención, ya que los espacios de la instalación deben ayudar a estimular las habilidades de los concurrentes.

El abordaje terapéutico se lleva a cabo en el centro de día con una modalidad grupal, lo cual se organiza según el nivel de deterioro de las personas. Allí, se realizan actividades planificadas para la estimulación cognitiva, promoviendo así un tratamiento no farmacológico.

Para la realización del presente estudio, se concurrió a un taller de G.A.M.A. el cual posee un acuerdo mutuo con la dirección de Zoonosis, perteneciente a la secretaría de salud de la Municipalidad de General Pueyrredón. En la dirección, se encuentra el Programa Municipal de Terapia Asistida con Animales (TAA), servicio diseñado a partir de la Resolución N°2610/15 de la Secretaría de Salud de la ciudad de Mar del Plata. De esta manera, es posible llevar a cabo el taller de Intervención Asistida con Perros (IAP), donde concurre la Lic. y Técnica en Intervenciones Asistidas (TIA) Fernández Albouy Adriana, junto a su perra de terapia.

Protocolo de intervención

Para la presente investigación el protocolo fue desarrollado por la TIA, en el cual consideró a la población abordada, al animal de terapia y el contexto para proponer metas y objetivos a alcanzar durante las sesiones. Es así que el protocolo de intervención consistió en un protocolo sanitario, un protocolo para el espacio de intervención y un protocolo para las personas usuarias.

El motivador principal de la intervención es el perro, quien posee una educación y características especiales. Para garantizar la calidad de la aplicación de un programa de Intervenciones Asistidas con Animales, la Técnica siguió un protocolo con directrices concretas: en primer lugar, la selección del animal es primordial, debe ser adecuado para la población a quien se dirige; en segundo lugar, el diseño y ejecución de programas son realizados por el profesional (ya sea de la salud, o del área social/educación).

En relación al animal de terapia se continuó con un protocolo sanitario, el cual determinó los recaudos que se tenían que poseer entre los participantes y el animal involucrado. Se incluyó la higiene y controles sanitarios del perro por un equipo profesional; las manos de las personas debían ser higienizadas tanto antes como al finalizar el taller; el ambiente requería adecuaciones. Por último, y no menos importante, fue de cumplimiento obligatorio procurar el bienestar del animal de terapia, respetando sus descansos y satisfacción de necesidades.

Por otra parte, dentro del protocolo se encontraron normas para con el espacio de intervención: este debía ser designado específicamente para llevar a cabo la IAP, para que no sean interrumpidas las sesiones por terceros. Al llegar a la sala no debían encontrarse restos de comida ni medicamentos; los asientos de los usuarios requerían de comodidad y la temperatura debía ser reconfortante para todos los presentes.

El protocolo para las personas usuarias destacó la importancia del conocimiento de los participantes previo a las intervenciones, ya que sin esta información no se podrían establecer objetivos de tratamiento ni conformar una relación terapéutica conveniente. Las personas debían concurrir por voluntad propia, respetando sus gustos y deseos en la medida de lo posible.

Para los concurrentes, la TIA estableció criterios de inclusión y exclusión. Entre los primeros mencionó tanto el interés pasado y afecto por los animales, como también el deseo de participar en la terapia. Entre los criterios de exclusión se mencionaron cuestiones médicas, como alergias u otros problemas de salud que impidan el contacto con animales, el miedo a perros o el rechazo a participar.

Dentro del protocolo, la TIA incluyó un ejemplo del diseño de un programa de IAA, constituido por distintas secciones: introducción, fundamentación, metodología, programa y desarrollo.

Destacó la importancia de la evaluación en tres momentos diferenciados: pre-sesión, para registrar actitudes previas a las actividades; sesión, momento de la actividad propia, para observar la participación, actitud, etc. y post-sesión, para observar actitudes posteriores a la actividad.

Elección del Can

Al igual que se menciona en el “Protocolo de intervención”, el animal fue seleccionado desde el inicio del programa por parte de la TIA Fernandez Albouy.

Lola es una perra Labrador Retriever de diez años nacida el 28 de noviembre de 2012, de carácter tranquilo y sociable, pertinente para trabajar con el grupo de personas mayores concurrentes al taller brindado en G.A.M.A. Es una raza de temperamento apacible, inteligente, amigable y cariñoso que permite generar un vínculo adecuado con los individuos.

El can cuenta con adiestramiento desde los 60 días de vida, especificando su entrenamiento en obediencia básica y ejercicios específicos adecuados para ser un animal de terapia.

En algunas ocasiones, el perro de terapia puede cambiar por situaciones adversas, concurriendo Copito en lugar de Lola. Él es un perro de terapia de siete años caracterizado por ser caniche, de tamaño pequeño, de mediana edad y con mayor nivel de actividad.

Para cada encuentro en G.A.M.A, se tomaron las precauciones necesarias para poder llevar adelante el taller, procurando que la perra esté higienizada correctamente, con las uñas

cortadas y el pelo cepillado. Además, fue revisada por un veterinario para constatar un buen estado de salud.

Con el objetivo de determinar las aptitudes de Lola, se utilizó el “Test del Buen Ciudadano Canino” (USA), llevado a cabo por American Kennel Club (AKC) en los Estados Unidos. En el mismo se asientan diversos requerimientos como aceptar de manera amistosa la presencia de un extraño, sentarse tranquilamente para ser acariciado, poseer un aspecto cuidado, aceptar estar en contacto con desconocidos y acudir a la llamada. También debe poder sentarse, tumbarse y quedarse quieto según la orden solicitada. A su vez, se requiere que el perro camine relajado con la correa, deambule entre multitudes, tenga una reacción positiva ante otros perros y ante situaciones de distracción, así como que pueda separarse del dueño.

PARTE IV



Resultados

Los resultados obtenidos corresponden a una muestra final de doce (12) personas -cuatro hombres y ocho mujeres-, quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión propuestos para el presente estudio. Siete personas pertenecían al grupo C, mientras que las cinco restantes al grupo D. La caracterización del grupo mencionada previamente en la sección “aspectos metodológicos”, en el apartado “descripción del grupo de estudio”, no se ha modificado luego de realizar el trabajo de campo.

Los encuentros de IAP han sido organizados por la terapeuta ocupacional de G.A.M.A. en conjunto con la terapeuta ocupacional especialista en TAA, quien estaba acompañada en el primer y cuarto encuentro por su perra de terapia Lola, mientras que en las sesiones restantes concurrió con su perro de terapia Copito. Los cuatro talleres se caracterizaron por poseer un comienzo y cierre similar, en donde los participantes le brindaron comida y/o agua al perro de terapia. Luego, en cada uno se llevó a cabo una actividad diferente, las cuales serán desarrolladas en la **Tabla 3**.

Tabla 3

Asistencia al taller y actividades realizadas

	Cantidad de asistentes	Actividad realizada	Objetivos
Encuentro 1	12	Lola seleccionó tarjetas con dibujos y el grupo las identificó según fueran factores de riesgo modificables y no modificables para la salud.	Promover la toma de conciencia sobre factores de riesgo y protectores para la salud. Favorecer la expresión verbal espontánea o con apoyo.
Encuentro 2	12	Se continuó con la actividad del Encuentro	Promover la toma de conciencia sobre factores

		1 repasando la información de las tarjetas. Se leyeron en función de las elegidas por Copito. Luego, se continuó con el pesaje de cada participante en una balanza digital.	de riesgo y protectores para la salud. Favorecer la expresión verbal espontánea o con apoyo.
Encuentro 3	11	Se hicieron actividades que involucraron la memoria olfativa y el reconocimiento de alimentos mediante este sentido. Copito llevaba en su correa diferentes imágenes y los concurrentes identificaron si eran factores favorables o no para la salud.	Favorecer la expresión verbal espontánea o con apoyo. Promover la toma de conciencia de hábitos saludables. Promover la toma de conciencia de hábitos para modificar.
Encuentro 4	12	Cierre del año junto a la despedida de Lola. Se entregaron obsequios, entre los que se encontró una canción en la que participó todo el grupo. Quienes desearon se tomaron una foto con Lola y se realizó un desayuno recreativo.	Recordar actividades realizadas durante el año. Promover la toma de conciencia del significado de las visitas de Lola. Identificar emociones y sentimientos de su despedida.

Nota. Desarrollo de los cuatro talleres de IAP. *Elaboración propia.*

Durante los talleres se administraron los instrumentos de evaluación a los participantes mediante la observación directa de las tesis. Los resultados obtenidos fueron organizados en

una matriz de datos, donde se distribuyó la información en cuatro secciones: lenguaje verbal, lenguaje no verbal, actitud física y experiencia personal.

A continuación, se presentarán en tablas los datos obtenidos de la ficha sistemática de observación y se realizarán gráficos de aquellos datos considerados más significativos para la presente investigación. Luego, se hará una breve descripción acerca de la información que brindó el cuestionario de experiencia personal.

Tabla 4

Participación verbal entre los integrantes del grupo

	Encuentro 1		Encuentro 2		Encuentro 3		Encuentro 4	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Indicador 1	5	41,6%	3	25%	5	45,4%	6	50%
Indicador 2	5	41,6%	5	41,6%	2	18,1%	9	75%
Indicador 3	7	58,3%	6	50%	5	45,4%	10	83,3%

Nota. Datos tomados durante los cuatro encuentros. Dimensión “con sus compañeros”, subdimensión “lenguaje verbal”, indicadores 1) “La persona mayor conversa activamente con sus compañeros”, 2) “La persona mayor realiza preguntas o comentarios a sus compañeros” y 3) “La persona mayor responde ante una pregunta o comentario de sus compañeros”. *Elaboración propia.*

La **Tabla 4** refleja los resultados registrados del lenguaje verbal entre los concurrentes al taller durante los cuatro encuentros. Se destaca que los tres indicadores tuvieron la frecuencia más alta en el último encuentro, habiendo una participación de más de la mitad del grupo.

Tabla 5

Participación verbal de los integrantes del grupo con las profesionales

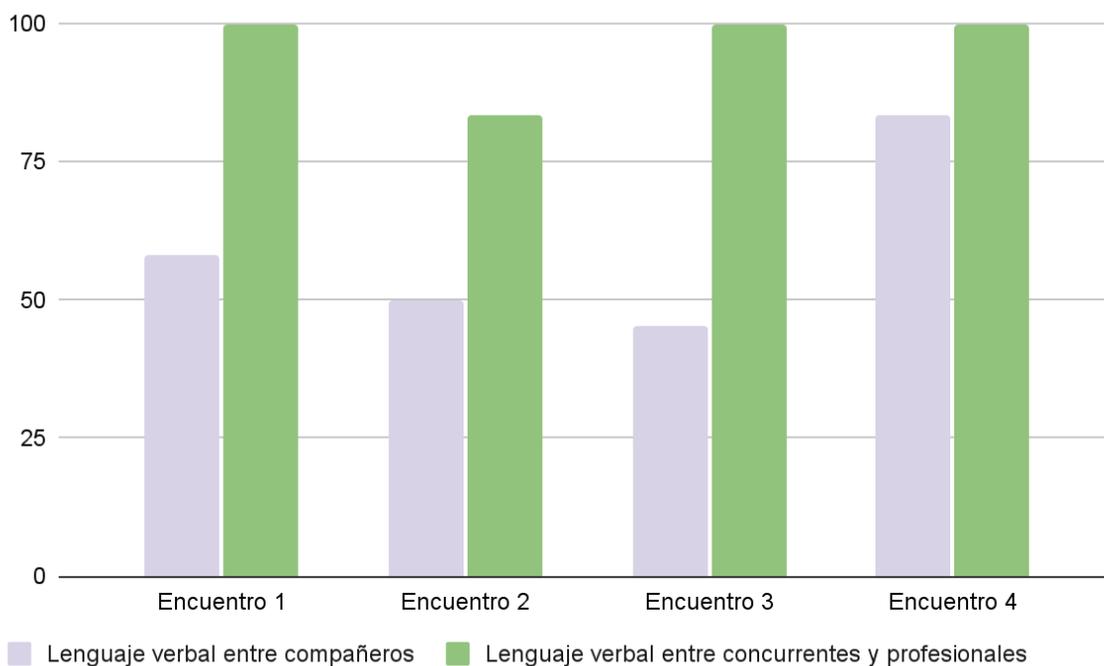
	Encuentro 1		Encuentro 2		Encuentro 3		Encuentro 4	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Indicador 6	6	50%	4	33,3%	5	45,4%	5	41,6%
Indicador 7	8	66,6%	6	50%	4	36,3%	7	58,3%
Indicador 8	12	100%	10	83,3%	11	100%	12	100%

Nota. Datos tomados durante los cuatro encuentros. Dimensión “con las profesionales”, subdimensión “lenguaje verbal”, indicadores 6) “La persona mayor conversa activamente con la/s terapeuta/s”, 7) “La persona mayor realiza preguntas o comentarios a la/s terapeuta/s” y 8) “La persona mayor responde ante una pregunta o comentario de la/s terapeuta/s”. *Elaboración propia.*

La **Tabla 5** refleja los resultados registrados del lenguaje verbal entre los concurrentes y las profesionales durante los cuatro encuentros. Se destaca que el indicador ocho, a excepción del segundo taller, registró la máxima frecuencia posible en todos los encuentros. Por su parte, los indicadores seis y siete siempre registraron una participación verbal mayor a un tercio del grupo.

Gráfico 1

Participación verbal con compañeros y con las profesionales de los indicadores 3 y 8 durante los cuatro talleres realizados en el año 2023



Nota. La figura muestra a las dimensiones “con sus compañeros” y “con las profesionales”, de la subdimensión “lenguaje verbal”, de los indicadores 3) “la persona mayor responde ante una pregunta o comentario de sus compañeros” y 8) “la persona mayor responde ante una pregunta o comentario de la/s terapeuta/s”. *Elaboración propia.*

En el **Gráfico 1** se representan los valores porcentuales del indicador “la persona mayor responde ante una pregunta o comentario” tanto de la subdimensión “con los compañeros” como de la subdimensión “con las profesionales” plasmados en la **Tabla 4** y la **Tabla 5**. Se visualiza que en todos los encuentros predominó la participación con respecto a las profesionales a cargo del taller, ya que en los encuentros uno, tres y cuatro la totalidad del grupo respondió ante una

pregunta o comentario de las T.O. Por su parte, el indicador tres reflejó que al menos la mitad del grupo participó en todos los talleres, a excepción del tercer encuentro. No obstante, se destaca que en el cuarto encuentro ambas subdimensiones registraron una participación mayor a tres cuartos del grupo.

Tabla 6

Participación verbal de los integrantes del grupo con la perra de terapia

	Encuentro 1		Encuentro 2		Encuentro 3		Encuentro 4	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Indicador 11	5	41,6%	4	33,3%	4	36,3%	6	50%
Indicador 12	4	33,3%	3	25%	5	45,4%	2	16,6%

Nota. Datos tomados durante los cuatro encuentros. Dimensión “con la perra de terapia”, subdimensión “lenguaje verbal”, indicadores 11) “La persona mayor inicia interacción verbal con la perra de terapia” y 12) “La persona mayor llama a la perra de terapia por su nombre”.

Elaboración propia.

En la **Tabla 6** se observan los resultados registrados del lenguaje verbal entre los concurrentes y la perra de terapia durante los cuatro encuentros. Los datos recabados reflejan que el indicador once obtuvo su mayor frecuencia en el cuarto encuentro, mientras que el indicador doce en el tercer encuentro. No obstante, la participación del grupo no ha sido demasiado frecuente en relación a estos indicadores.

Tabla 7.

Participación verbal de los integrantes del grupo respecto a la actividad

	Encuentro 1		Encuentro 2		Encuentro 3		Encuentro 4	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Indicador 18	0	0%	5	41,6%	0	0%	11	91,6%
Indicador 19	0	0%	1	8,3%	0	0%	0	0%

Nota. Datos tomados durante los cuatro encuentros. Dimensión “con la actividad”, subdimensión “lenguaje verbal”, indicadores 18) “La persona mayor manifiesta verbalmente estar a gusto con la actividad propuesta” y 19) “La persona mayor da órdenes verbales a la perra de terapia cuando la misma se ve involucrada en la actividad propuesta”. *Elaboración propia.*

La **Tabla 7** refleja los resultados registrados del lenguaje verbal de los concurrentes con respecto a la actividad durante los cuatro encuentros. Si bien se puede observar que en dos de los talleres hubo una nula participación, se destaca que en el cuarto encuentro casi la totalidad del grupo manifestó estar a gusto con la actividad realizada.

Tabla 8.

Participación no verbal entre los integrantes del grupo

	Encuentro 1		Encuentro 2		Encuentro 3		Encuentro 4	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Indicador 4	9	75%	5	41,6%	8	72,7%	11	91,6%
Indicador 5	7	58,3%	4	33,3%	7	63,6%	10	83,3%

Nota. Datos tomados durante los cuatro encuentros. Dimensión “con sus compañeros”, subdimensión “lenguaje no verbal”, indicadores 4) “La persona mayor realiza contacto visual

con sus compañeros” y 5) “La persona mayor realiza gestos de agrado con su rostro”.

Elaboración propia.

En la **Tabla 8** se observan los resultados registrados del lenguaje no verbal entre los integrantes del grupo. Los datos recabados reflejan que, a excepción del segundo taller, siempre más de la mitad del grupo participó verbalmente entre sí. La frecuencia de mayor valor fue registrada en el cuarto encuentro, tanto para el indicador cuatro como para el cinco.

Tabla 9.

Participación no verbal de los integrantes del grupo con las profesionales

	Encuentro 1		Encuentro 2		Encuentro 3		Encuentro 4	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Indicador 9	12	100%	8	66,6%	10	90,9%	9	75%
Indicador 10	8	66,6%	6	50%	9	81,8%	7	58,3%

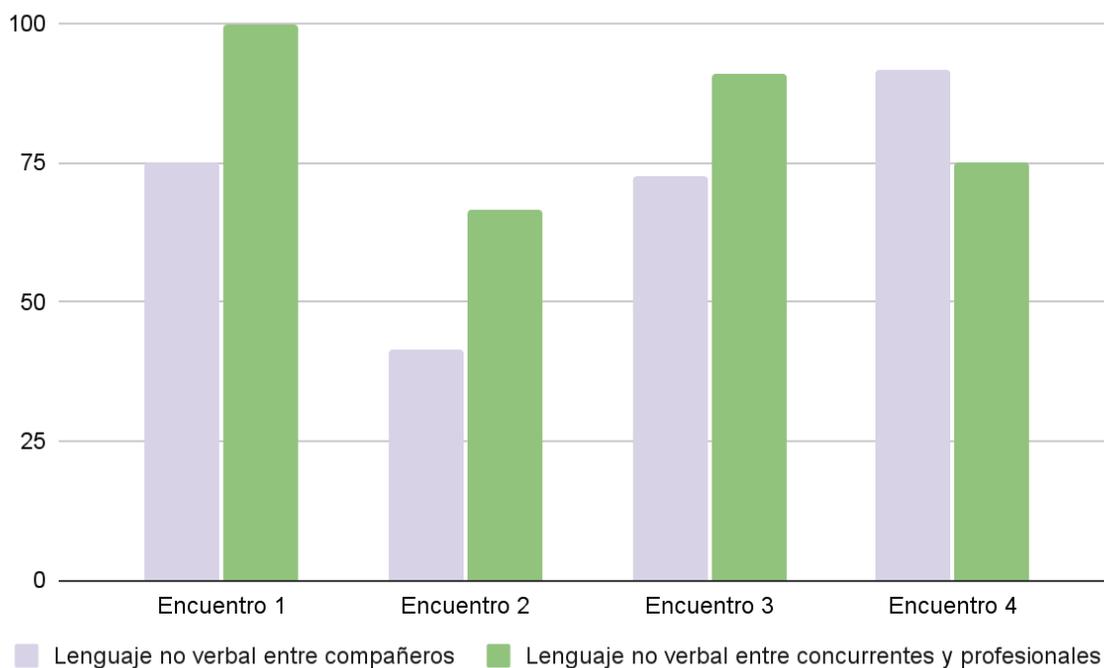
Nota. Datos tomados durante los cuatro encuentros. Dimensión “con las profesionales”, subdimensión “lenguaje no verbal”, indicadores 9) “La persona mayor realiza contacto visual con la/s terapeuta/s” y 10) “La persona mayor realiza gestos de agrado con la/s terapeuta/s”.

Elaboración propia.

La **Tabla 9** refleja los resultados registrados del lenguaje no verbal entre los integrantes del grupo y las profesionales. Se observa que en todos los encuentros la participación ha sido elevada, destacándose el indicador nueve en el primer encuentro, donde todo el grupo realizó contacto visual con las profesionales. Por su parte, en el encuentro tres casi la totalidad de los integrantes realizaron gestos de agrado con las T.O.

Gráfico 2

Participación no verbal con los compañeros y con las profesionales de los indicadores 4 y 9 durante los cuatro talleres realizados en el año 2023



Nota. La figura muestra a las dimensiones “con sus compañeros” y “con las profesionales”, de la subdimensión “lenguaje no verbal”, de los indicadores 4) “la persona mayor realiza contacto visual con sus compañeros” y 9) “la persona mayor realiza contacto visual con la/s terapeuta/s”.

Elaboración propia.

En el **Gráfico 2** se representan los valores porcentuales del indicador “la persona mayor realiza contacto visual” tanto de la dimensión “con los compañeros”, como de la dimensión “con las profesionales” plasmados en la **Tabla 8** y la **Tabla 9**. Se visualiza que en los primeros tres encuentros predominó la participación con respecto a las profesionales, mientras que en el último taller esto se invirtió. Además, a excepción del segundo encuentro, se destaca que el contacto

visual en ambas dimensiones ha registrado valores mayores al 70%. Por su parte, el indicador nueve presentó una participación de la totalidad del grupo en el primer encuentro.

Tabla 10

Participación no verbal de los integrantes del taller con la perra de terapia

	Encuentro 1		Encuentro 2		Encuentro 3		Encuentro 4	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Indicador 13	8	60,6%	9	75%	10	90,9%	9	75%
Indicador 14	8	66,6%	8	66,6%	10	90,9%	9	75%
Indicador 15	0	0%	1	8,3%	0	0%	2	16,6%
Indicador 16	3	25%	8	66,6%	10	90,9%	9	75%
Indicador 17	5	41,6%	5	41,6%	4	36,3%	4	33,3%

Nota. Datos tomados durante los cuatro encuentros. Dimensión “con la perra de terapia”,

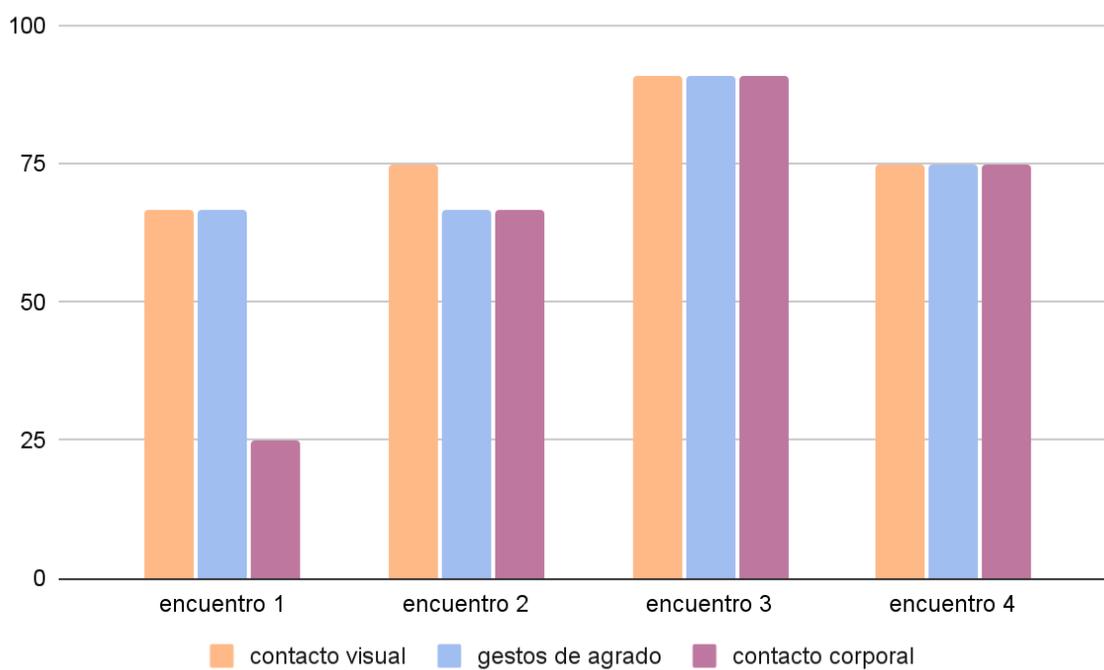
subdimensión “lenguaje no verbal”, indicadores 13) “La persona mayor realiza contacto visual con la perra de terapia”, 14) “La persona mayor realiza gestos de agrado con su rostro”, 15) “La persona mayor saluda activamente con su mano a la perra de terapia”, 16) “La persona mayor realiza contacto corporal con la perra de terapia” y 17) “La persona mayor se acerca activamente a la perra de terapia”. *Elaboración propia.*

La **Tabla 10** refleja los resultados registrados del lenguaje no verbal de los integrantes del grupo con la perra de terapia. Se observa que los mayores niveles de participación se encontraron en el tercer encuentro, tanto para el indicador trece, catorce como dieciséis. El indicador quince tuvo una escasa participación, siendo nula en el primer y tercer encuentro. Por su parte, el

acercamiento activo hacia la perra de terapia tuvo mayor frecuencia en los primeros dos encuentros.

Gráfico 3

Participación no verbal con la perra de terapia de los indicadores 13, 14 y 16 durante los cuatro talleres realizados en el año 2023



Nota. La figura muestra a la dimensión “con la perra de terapia”, de la subdimensión “lenguaje no verbal”, de los indicadores 13) “la persona mayor realiza contacto visual con la perra de terapia”, 14) “la persona mayor realiza gestos de agrado con su rostro” y 16) “la persona mayor realiza contacto corporal con la perra de terapia”. *Elaboración propia.*

En el **Gráfico 3** se representan los valores porcentuales de tres indicadores: 13) “la persona mayor realiza contacto visual con la perra de terapia” 14) “la persona mayor realiza gestos de agrado con su rostro” y 16) “la persona mayor realiza contacto corporal con la perra de

terapia”, correspondiente a la dimensión “con la perra de terapia” de la **Tabla 10**. A excepción del indicador “contacto corporal” en el primer encuentro, el resto sobrepasa el 50% de participación en todas las jornadas. Los últimos dos talleres registraron una participación igual o mayor al 75% en los tres indicadores, siendo el tercero el de valores más altos, ya que casi la totalidad del grupo participó. Se destacan las modificaciones sucedidas con respecto al indicador “contacto corporal”, ya que ha incrementado notablemente sus niveles de participación a lo largo de los encuentros.

Tabla 11

Participación no verbal de los integrantes del taller respecto a la actividad

	Encuentro 1		Encuentro 2		Encuentro 3		Encuentro 4	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Indicador 20	6	50%	5	41,6%	6	54,5%	8	66,6%
Indicador 21	4	33,3%	6	50%	5	45,4%	4	33,3%

Nota. Datos tomados durante los cuatro encuentros. Dimensión “con la actividad”, subdimensión “lenguaje no verbal”, indicadores 20) “La persona mayor realiza gestos de agrado con su rostro” y 21) “En las sesiones la persona mayor mira al terapeuta para comprobar que ha visto lo que hace”. *Elaboración propia.*

La **Tabla 11** refleja los resultados registrados del lenguaje no verbal de los integrantes del grupo con respecto a la actividad propuesta. Se puede destacar que más de la mitad del grupo realizó gestos de agrado en el último encuentro, mientras que la frecuencia más alta del indicador veintiuno sucedió en el segundo taller.

Tabla 12*Actitud física de los integrantes del taller durante la actividad*

	Encuentro 1		Encuentro 2		Encuentro 3		Encuentro 4	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Indicador 22	9	75%	10	83,3%	8	72,7%	7	58,3%
Indicador 23	9	75%	9	75%	8	72,7%	11	91,6%

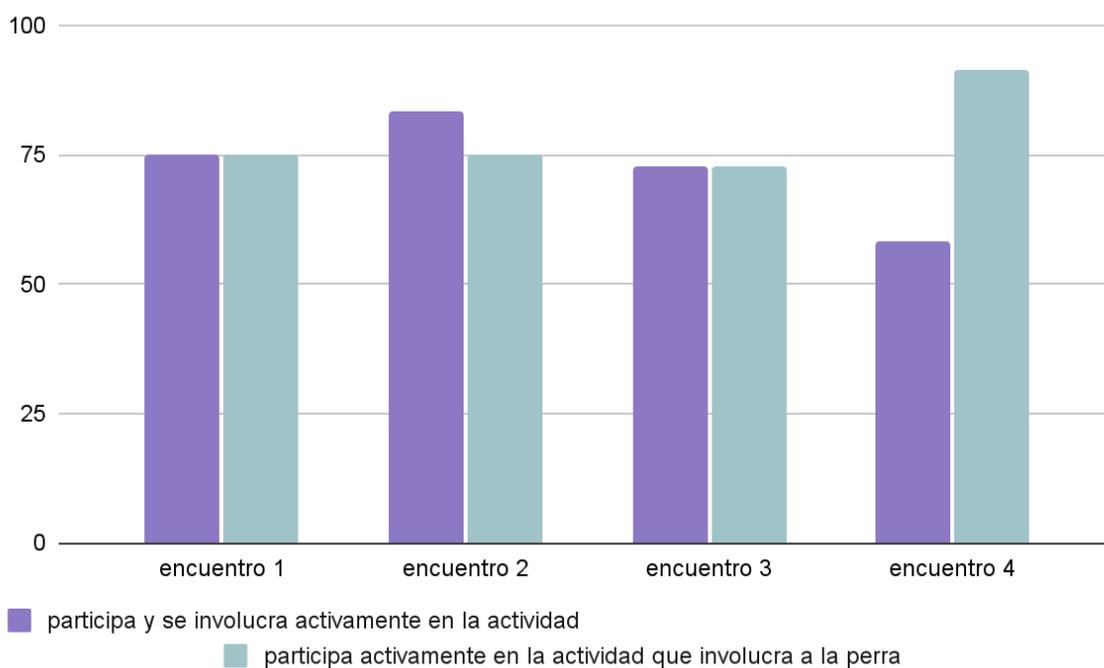
Nota. Datos tomados durante los cuatro encuentros. Dimensión “con la actividad”, subdimensión

“actitud física”, indicadores 22) “La persona mayor participa y se involucra activamente en la actividad propuesta” y 23) “La persona mayor participa activamente en la actividad que involucra a la perra de terapia”. *Elaboración propia.*

La **Tabla 12** refleja los resultados registrados de la actitud física de los integrantes del grupo durante la actividad. Se observa que casi la totalidad del grupo participó y se involucró activamente en la actividad que incluía a la perra de terapia en el último encuentro. Por otra parte, se registró que el grupo tuvo mayor frecuencia de participación en la actividad propuesta en el segundo encuentro. Sin embargo, la participación en ambos indicadores es relativamente constante a lo largo de los talleres.

Gráfico 4

Actitud física con la actividad de los indicadores 22 y 23 durante los cuatro talleres realizados en el año 2023



Nota. La figura muestra a la dimensión “con la actividad”, de la subdimensión “actitud física”, de los indicadores 22) “la persona mayor participa y se involucra activamente en la actividad propuesta” y 23) “la persona mayor participa y se involucra activamente en la actividad que involucra a la perra de terapia”. *Elaboración propia.*

En el **Gráfico 4** se representan los valores porcentuales de los indicadores 22) “la persona mayor participa y se involucra activamente en la actividad propuesta” y 23) “la persona mayor participa y se involucra activamente en la actividad que involucra a la perra de terapia”, de la subdimensión “actitud física”, correspondiente a la dimensión “con la actividad”, plasmados en la **Tabla 12**. En todos los encuentros la participación registrada tiende a ser constante, ya que

ambos indicadores poseen una participación mayor a dos tercios del grupo, a excepción del indicador veintidós en el cuarto encuentro. Se destaca un predominio de participación del indicador veintitrés durante el último encuentro, con un 91,6%.

Promedios de los indicadores

Tabla 13

Media: promedio de cada indicador en los cuatro encuentros

Indicador	3	4	8	9	13	14	16	22	23
\bar{X}	7	8,25	11,25	9,75	9	8,75	7,5	7	9,25

Nota. Promedio de los indicadores encontrados en los **Gráficos 1-4**. *Elaboración propia.*

En la **Tabla 13** se representan los promedios de la cantidad de “SI”, correspondientes a la participación de los concurrentes, por cada indicador entre los cuatro encuentros. Los indicadores analizados en este apartado son los seleccionados previamente para graficar, los cuales han arrojado datos significativos acordes a los objetivos del presente estudio.

Los resultados obtenidos reflejan que la media de respuestas afirmativas por indicador es de más de la mitad de la muestra comprendida, ya que, el menor número \bar{X} ha sido 7, mientras que el mayor 11,25.

La experiencia personal de los concurrentes

Los cuestionarios de experiencia personal se han destacado por su amplia respuesta positiva tanto al comienzo como en la finalización de los talleres. Sin embargo, se relevan cambios significativos en ciertos participantes, ya que algunos de ellos han referido en el momento previo al taller no sentirse contentos, alegres ni con ganas de charlar con sus compañeros y esto se ha modificado luego de transcurrido el mismo. Además, hubo dos

participantes que expresaron no agradecerles las actividades con Lola pero luego esto se modificó en el cuestionario post-taller.

Por otra parte, algunas personas expresaron lo siguiente: “me siento contenta de estar acá”; “me siento bien, segura, tranquila y acompañada porque vivo sola y entonces vengo con ganas a encontrarme con mis compañeros”; “siempre te encontrás con gente y tenes con quien conversar”; “me encantan los perros”; “estoy emocionada”.

Análisis e interpretación de resultados

Como se mencionó en la sección de **Resultados**, se pudo observar que la participación social de las personas mayores con diagnóstico de demencia concurrentes al taller de IAP ha cambiado según diversas cuestiones. No obstante, concurrir a un espacio terapéutico que estimule habilidades sociales y cognitivas siempre favoreció al intercambio entre los sujetos, promoviendo un rol activo. Por lo tanto, las autoras del presente estudio adhieren a Sepúlveda-Loyola et al. (2020), quienes plantean que las actividades sociales resultan beneficiosas para mantener una conexión entre los sujetos y su entorno.

Así mismo, la AOTA (2020) propone que la participación de las personas en grupos de pares propicia a mantener y/o recuperar un rol ocupacional y una mejor calidad de vida. En este sentido, se hace hincapié en que la participación social beneficia la interdependencia social (Magasi y Hammel, 2004 en AOTA 2020), pudiendo observarlo a lo largo de los encuentros a partir de la interacción entre los sujetos y los vínculos generados con los integrantes de la institución.

A su vez, se da cuenta que la participación social se ha visto favorecida por la presencia de un perro de terapia, el cual estimuló a un mejor estado de ánimo y un aumento en la interacción verbal y no verbal. De esta manera, las investigadoras coinciden con lo planteado por Oms-Selva et al. (2020) y Fernandez Martínez et al. (2018) quienes refieren que incluir la IAP dentro del tratamiento no farmacológico puede disminuir la ansiedad y el estrés, mejorando la calidad de vida.

Lo mencionado previamente se constata con la ficha sistemática de observación, ya que en todos los encuentros más de dos tercios del grupo se involucró y participó en la actividad con

la perra de terapia. Además, se destaca que los cuestionarios de experiencia personal han reflejado un cambio en algunas personas que, en principio, referían no agradarle las actividades con Lola o Copito y esto se cambió luego de transcurrido el taller. Por otra parte, y no menos importante, el mismo cuestionario arrojó que algunas personas han modificado positivamente su estado de ánimo y sus ganas de conversar.

Retomando con lo que propone Roqué (2021), la vejez es la última etapa de la vida, en la cual las personas mayores abandonan su principal rol significativo (su trabajo), y comienzan a ser relegadas de la sociedad por su aparente improductividad. Es por esto que se considera fundamental que esta población pueda encontrar y asumir nuevos roles ocupacionales, concurrir a encuentros sociales y fomentar sus redes de apoyo social. En consonancia con esto, se puede añadir la concepción que presentan Gallardo-Peralta et al. (2016) sobre la participación social, la cual mejora el estado de salud y bienestar a partir de involucrarse en actividades y ámbitos que permiten generar lazos sociales.

Lugares como el taller de G.A.M.A. resultan de suma importancia para poder favorecer a estos aspectos mencionados previamente, contribuyendo a una mejor calidad de vida de las personas mayores, a la vez que se enlentece el deterioro cognitivo, inevitablemente progresivo.

Además, al compartir espacios sociales se generan sentimientos de pertenencia para con el grupo. Esto se observa, por ejemplo, en el relato de una de las concurrentes, quien menciona en el cuestionario post-taller “me siento bien, segura, tranquila y acompañada porque vivo sola y entonces vengo con ganas a encontrarme con mis compañeros”.

Si bien la información recolectada fue la suficiente para poder cumplir con los objetivos del presente estudio, se realiza una autocrítica acerca del número de participantes. La misma fue

escasa, lo que podría reducir la obtención de datos por cada encuentro. Con respecto a esto último, también señalamos que el tiempo con el que se contó para la investigación en campo fue escueto por diversas razones acontecidas (institucionales y personales). Consideramos que para futuras investigaciones sería oportuno realizar mayor cantidad de encuentros con el fin de adquirir más datos disponibles para analizar.

Cabe mencionar que el taller de IAP comenzó en marzo de 2023, por lo cual la investigación solo toma un recorte de su desarrollo en el tiempo. Esto invita a la reflexión sobre los datos obtenidos, ya que podrían vislumbrarse diferentes resultados en un grupo que nunca haya recibido IAP.

En relación a los instrumentos utilizados, se releva que determinados segmentos de la ficha sistemática de observación confeccionada no se corresponden en su totalidad con la dinámica del taller, por lo que ciertos indicadores no sucedieron de manera espontánea. Esto generó, por ejemplo, que la participación en el lenguaje verbal con la actividad ocurriera sólo en los casos en donde se consultó a los participantes acerca de su agrado con la misma. Esto también se observó con el indicador que implicaba dar órdenes verbales a la perra, dado que, en los encuentros realizados, no siempre se presentó la oportunidad por el tipo de actividades llevadas a cabo.

Además, se debe tener en cuenta que el registro de la ficha sistemática de observación puede variar en función de la subjetividad de las tesis, ya que, si bien se determinaron y definieron los veintitrés indicadores, la respuesta positiva o negativa de los mismos fue determinada por el criterio de cada investigadora.

Al respecto del cuestionario de experiencia personal, se observó que muchos participantes seleccionaron de manera automática los ítems con la opción “sí”, sin reflexionar en sus respuestas. Esto sucedió en general con las personas que presentan mayor deterioro cognitivo (grupo D). Por lo tanto, se tiene en cuenta que esto podría no representar con precisión los sentires de ellos.

Conclusiones

En base a los resultados obtenidos, se observó una participación heterogénea a lo largo de los encuentros, en donde los indicadores tuvieron variaciones en cada uno de los talleres.

Haciendo un análisis de estas situaciones, se reflexiona que estos cambios pueden suceder por distintas razones:

- La participación del grupo fue variando según el tipo de actividad planificada. Se visualizó que los concurrentes se involucraron principalmente en aquellas actividades que giraban en torno a la perra de terapia. Además, los talleres que fueron más distendidos (como el cuarto encuentro), permitieron que haya mayor interacción entre los compañeros, mientras que, aquellos que fueron más estructurados (como el segundo taller), propiciaron principalmente la comunicación de los participantes con las profesionales.
- El acercamiento hacia el animal de terapia por parte de los concurrentes ha variado según la presencia de Copito y/o Lola. Por ejemplo, durante el tercer taller Copito poseía un alto nivel de actividad motora registrando una mayor frecuencia de participación en el lenguaje no verbal, como en el contacto visual, contacto corporal y gestos de agrado. No obstante, Lola ha logrado que los integrantes interactúen con ella desde el orden verbal y se involucren en las actividades en las que formaba parte. Es así que ambos canes, cada uno con sus características particulares, estimularon a las personas a vincularse y participar en distintos aspectos.
- La participación en la actividad y la interacción entre las partes se ha modificado según el estado de ánimo de los concurrentes. Se pudo observar mediante algunos cuestionarios de

experiencia personal que las emociones han variado positivamente luego de transcurrido el taller.

A lo largo de los encuentros, se destacó que las T.O. generaron una constante interacción grupal durante la intervención, resultando un ente facilitador dentro del espacio terapéutico. Esto se constató a partir de los datos registrados con la ficha sistemática de observación, pudiendo contemplar que los valores más elevados de participación sucedieron en las subdimensiones de “lenguaje verbal” y “lenguaje no verbal”, pertenecientes a la dimensión “con las profesionales”.

Por lo tanto, se reflexiona que, en base a las características del grupo, las terapistas poseen un rol central dentro del taller de IAP, ya que ambas funcionaron como nexo entre los concurrentes y la perra de terapia. A su vez, se destaca la importancia de la T.O. especializada en TAA para reconocer las necesidades del animal de terapia involucrado, como así también la de los participantes del grupo; y en base a esto, tener las herramientas necesarias para llevar a cabo una intervención acertada.

A partir del cuestionario de experiencia personal y de expresiones realizadas durante las actividades, se pudo relevar que la presencia de un perro de terapia resultó estimulador para los concurrentes, quienes recordaron su historia de vida y mascotas presentes y/o pasadas. Además, se vio que, en general, recibieron a los animales con calidez y agrado.

La observación directa permitió contemplar que este espacio es significativo tanto por el momento de encuentro e intercambio con el animal de terapia como entre los integrantes del grupo. Si bien su diagnóstico es crónico y evoluciona hacia un mayor deterioro, se reflexiona que participar socialmente propicia el empoderamiento, fomentando los sentimientos de bienestar y

autonomía de las personas. Esto podría mejorar la calidad de vida de los involucrados, manteniendo y/o asumiendo nuevos roles ocupacionales.

Referencias

- Abregú, M., Arce, L., Demiryi M., Fernández G., Ledesma C., Piatis S., Yantani S. (2017). El cuidado de la salud infantil desde la mirada de los actores de la comunidad. Una experiencia de investigación comunitaria. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*. 3(2), 13-20. ISSN 2469-1143.
- Alegría, V., Castillo, P., Del Solar D. P., Gomez L. S, Gutierrez M, P. (2013) Factores que inciden en la participación social de los adultos mayores en actividades físico recreativas. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 13(1), 59-69.
<https://enfoqueseducacionales.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/27453/29116>
- Alvarado Garcia, A. M., Salazar Maya A. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- American Occupational Therapy Association (2020). Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso (4ª ed.). (Barros Tapia S., Figueroa Burgos C., Ocampo Alegría N., Riquelme Gajardo, M. P., Rodríguez Barría C., Vega Neira C., et al., Trad. 4ª ed.). Original work publish 2018.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (CIBERSAM, Trad. 5ªed.). Original work published 2013.
- Arias, C. (2017) (Ed.). *Mediana edad y vejez: perspectivas actuales desde la psicología*. Ediciones Universidad de Atlántida Argentina.
- Castro M. (2018) Terapia Asistida con Animales. *Formación Continuada a Distancia (FOCAD)*. 2(35), 1-29.

- Celdrán, M., Cifré I., Gaspar M., Rodríguez, L., Solé, C. (2019). Contribuciones de la estimulación multisensorial (snoezelen) en personas mayores con demencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 311-321.
<https://www.redalyc.org/journal/3498/349860126030/349860126030.pdf>
- Centro Integral de la Memoria. G.A.M.A. *¿Quiénes somos?* <https://grupogamamdq.org/>
Convención Iberoamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIPDHPM), 15 de junio, 2015.
- Davobe M. I., Fernández O., Nawojczyk, E. (2017). Persona mayor. Ministerio de salud, presidencia de la Nación. Argentina.
- Del Barrio Truchado, E., Garrido Peña, F., Pinzón Pulido, S., Sancho, M. (2020). Ciudadanía activa y personas mayores: viejos conceptos, nuevos abordajes. Una revisión sistemática y metasíntesis cualitativa. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 55(5), 289-299.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.01.001>
- Esmeraldas Vélez, E. E., Falcones Centeno, M. R., Vásquez Zevallos, M. G., Solórzano Vélez, J. A. (2019). El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 3(1), 58-74.
[https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(1\).enero.2019.58-74](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(1).enero.2019.58-74)
- Fernández Albouy, A. (2020). *Intervenciones Asistidas con Animales en niños con discapacidades múltiples que concurren a la Escuela Especial Multimpedidos/C.E.T. desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional*. [Tesis de grado, Universidad Nacional de Mar del Plata]. Archivo digital.

- Fernández Martínez J., Merchán Marto E., Huerta Marcuello L. A. (2018). Programa de Terapia Asistida con Perros en Envejecimiento Activo Saludable. *Dirección General de Mayores y Personas con Discapacidad*. Castilla, La Mancha. Consejería de Bienestar Social.
<https://www.fundacionpilares.org/buenapractica/programa-de-terapia-asistida-con-perros-en-envejecimiento-activo-saludable/>
- Gallardo Peralta, L., Conde Llanes, D., Cordova-Jorquera, I., (2016). Asociación entre envejecimiento exitoso y participación social en personas mayores chilenas. *Gerokomos*, 27(3), 104-108. https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v27n3/04_originales3.pdf
- González-Martínez, P., Oltra-Cucarella, J., Sitges-Maciá, E., Bonete-López, B. Revisión y actualización de los criterios de deterioro cognitivo objetivo y su implicación en el deterioro cognitivo leve y la demencia. *Rev Neurol* 2021; 72: 288-95.
doi:10.33588/rn.7208.2020626.
- González-Moreno J., Rangel-Flores Y. (2023) Vivencias sobre cuidado en la vejez, análisis desde la gerontología crítica feminista. *Revista Estudios Feministas, Florianópolis*, 31(2).
<https://www.scielo.br/j/ref/a/GYJrr3xkrCgcWrk3vFLrRrM/?format=pdf&lang=es>
- Guillen Javaloyes, L. (2016-2017). *Revisión de la literatura sobre los beneficios e inconvenientes de la terapia con animales en personas mayores*. [Tesis de grado, Universidad de Alicante]. Archivo digital.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, M. (2010). *Metodología de la investigación* (5 ed). México: McGraw-Hill Education. pp. 210-.
- International Association of Human-Animal Interaction Organizations, IAHAIO White Paper 2014, actualizado 2018. La definición de IAHAIO para las intervenciones asistidas con

animales y las directrices para el bienestar de los animales involucrados en las intervenciones asistidas con animales.

Kielhofner, G. (2004). *Modelo de Ocupación Humana* (D. Klajn, Trad; 3ra ed.). Editorial Médica Panamericana. (Trabajo original publicado en 2002).

Lejarraga H. (Ed.) (2004). *Desarrollo del niño en contexto*. Paidós.

Lopez Matons, N., Vargas Cansado, V., (2021). Terapia Ocupacional asistida con perros: estudio experimental con personas con daño cerebral adquirido. *TOG (A Coruña)*, 18(2), DOI: S1885-527X2021000200002

Majón-Valpueda, D., Ramos, P., & Pérez-Salanova, M. (2016). Claves para el análisis de la participación social en los procesos de envejecimiento de la generación baby boom. *Psicoperspectivas*, 15(2), 53-63. DOI 10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL16-ISSUE2-FULLTEXT-833

Mendoza-Núñez, V. M., Vivaldo-Martínez, M., y Martínez-Maldonado, M. L. (2018). Modelo comunitario de envejecimiento saludable enmarcado en la resiliencia y la generatividad [Community model of healthy aging framed in resilience and generativity]. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 56 (1), 110-119. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457754907016>

Mendoza Nuñez, V. M., Ramírez Arellano, O. (2022). Generatividad relativa a la salud. Una estrategia para el envejecimiento saludable desarrollada en México. *Pensamiento y Acción interdisciplinaria*, 8(2), 56-72. <https://revistapai.ucm.cl/article/view/973/1067>

Ministerio de Desarrollo Social. (15 de junio de 2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*.

- Oms Selva, C., Gómez Hijano, T., Merchán-Baeza, J., Rusiñol Rodríguez, J (2020). Terapia asistida con perros, intervención complementaria al tratamiento de personas con demencia: estudio cuasi-experimental. *TOG (A Coruña)*, 17(2). DOI: S1885-527X2020000200008
- Petretto, R.D., Pili, R., Gaviano, L., Matos López, C., Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51(4), 229.241. DOI: 10.1016/j.regg.2015.10.003
- Roqué, M., (2021). Buen trato a las personas mayores. Derechos humanos de las personas mayores. *Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI)*.
- Sarasúa, M. (2021, 21 de octubre). *Razas de perros de terapia*. Experto animal. <https://www.expertoanimal.com/razas-de-perros-de-terapia-25696.html>
- Sepúlveda-Loyola W, Dos Santos Lopes R, Maciel RPT, Probst VS. Participación social, un factor a considerar en la evaluación clínica del adulto mayor: una revisión narrativa. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020;37(2):341-9. doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.4518>
- Simó Algado, S. Una Terapia Ocupacional desde un paradigma crítico. *TOG (A Coruña)* [revista en Internet]. 2015. [-26 de agosto de 2023-]; monog. 7: [25-40]. Disponible en: <https://www.revistatog.com/mono/num7/critico.pdf>
- Simó, A.S., Guajardo, C.A., & Correa, O.F. (2016). *Terapias ocupacionales desde el sur: derechos humanos, ciudadanía y participación*. Editorial Universidad de Santiago de Chile.

- Tisnés A. y Salazar-Acosta L. M. (2015). Envejecimiento poblacional en Argentina: ¿qué es ser un adulto mayor en Argentina? Una aproximación desde el enfoque de la vulnerabilidad social. *Papeles de POBLACIÓN* n° 88.
- Vasquez Duque, J. A. (2021) Actividades y terapia asistida por animales desde la mirada del Modelo de Ocupación Humana. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 20(2), 177-183.
- Villar, F., Triadó, C. (1997). Modelos de envejecimiento y percepción de cambios en una muestra de personas mayores. *Anuario de Psicología*. N°73, 43-55.
<https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/9033/11482>
- World Federation of Occupational Therapists (2010). Declaración sobre la Terapia Ocupacional (Forn de Zita, C. Trad.)
- Yuni, J., y Urbano, C. (4 de abril de 2008). Envejecimiento y género: perspectivas teóricas y aproximaciones al envejecimiento femenino. *Revista Argentina de Sociología*, Año 6(10). 151-169.
- Zango Martin, I. (2017). *Terapia Ocupacional Comunitaria*. Síntesis.

ANEXO I

Instrumento de evaluación:

Fecha: / /2023.

Número de sesión:

Perra de Terapia:

Observaciones:

Ficha sistemática de observación

Indicadores de la participación social en la integración en el taller	Marque con un círculo la opción correspondiente	
1. Asistencia al taller	(SI)	(NO)
2. Permanencia en el taller	(SI)	(NO)
Indicadores de la participación social “con pares” en la integración en el taller	(SI)	(NO)
A. CON SUS COMPAÑEROS:		
Lenguaje verbal:		
1.- La persona mayor conversa activamente con sus compañeros.		
2.- La persona mayor realiza preguntas o comentarios a sus compañeros.		
3.- La persona mayor responde ante una pregunta o comentario de sus compañeros.		
Lenguaje no verbal:		
4.- La persona mayor realiza contacto visual con sus compañeros.		
5.- La persona mayor realiza gestos de agrado con su rostro.		
B. CON LAS PROFESIONALES:		

Lenguaje verbal.

- 6.- La persona mayor conversa activamente con la/s terapeuta/s.
- 7.- La persona mayor realiza preguntas o comentarios a la/s terapeuta/s.
- 8.- La persona mayor responde ante una pregunta o comentario de la/s terapeuta/s.

Lenguaje no verbal.

- 9.- La persona mayor realiza contacto visual con la/s terapeuta/s.
- 10.- La persona mayor realiza gestos de agrado con su rostro.

C. CON LA PERRA DE TERAPIA:

Lenguaje verbal.

- 11.- La persona mayor inicia interacción verbal con la perra de terapia.
- 12.- La persona mayor llama a la perra de terapia por su nombre.

Lenguaje no verbal.

- 13.- La persona mayor realiza contacto visual con la perra de terapia.
- 14.- La persona mayor realiza gestos de agrado con su rostro.
- 15.- La persona mayor saluda activamente con su mano a la perra de terapia.
- 16.- La persona mayor realiza contacto corporal con la perra de terapia.
- 17.- La persona mayor se acerca activamente a la perra de terapia.

D. CON LA ACTIVIDAD:

Lenguaje verbal.

- 18.- La persona mayor manifiesta verbalmente estar a gusto con la actividad propuesta.
- 19.- La persona mayor da órdenes verbales a la perra de terapia cuando la misma se ve involucrada en la actividad propuesta.
-

Lenguaje no verbal.

20.- La persona mayor realiza gestos de agrado con su rostro.

21.- En las sesiones la persona mayor mira al terapeuta para comprobar que ha visto lo que hace.

Actitud física.

22.- La persona mayor participa y se involucra activamente en la actividad propuesta.

23.- La persona mayor participa activamente en la actividad que involucra a la perra de terapia.

PUNTAJE TOTAL por sesión (Máximo 23 puntos)

Referencias: elaboración propia.

ANEXO II

Cuestionario administrado por investigadoras, tanto en el momento previo como posterior al taller.

Experiencia personal:		
Me siento bien	SI	NO
Estoy contento/a	SI	NO
Me gusta concurrir a este taller	SI	NO
Tengo ganas de charlar con mis compañeros	SI	NO
Me agradan los perros	SI	NO
Me agrada realizar actividades con la perra Lola	SI	NO
Me siento a gusto con la/s profesional/es.	SI	NO

Otros datos que te gustaría agregar

.....

.....

.....

Referencias: elaboración propia.

ANEXO III

Mar del Plata, 10/07/2023.

Carta de solicitud para permiso de investigación.

Destinatario: Centro Integral de la Memoria G.A.M.A.

Estimado/a:

Nosotras, Lucero Mara Arcuri y Camila Di Rocco, por medio de la presente nota nos dirigimos ante las autoridades del Centro Integral de la Memoria G.A.M.A. como estudiantes de la carrera de Lic. en Terapia Ocupacional, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, perteneciente a la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP), con el objetivo de solicitar acceso a la institución.

Actualmente nos encontramos comenzando nuestro proceso de tesis de grado, la cual consiste en describir los beneficios que presenta la Intervención Asistida con Perros (IAP) en la participación social de las personas mayores concurrentes. Para ello, en conjunto con nuestra directora de tesis Lic. Adriana Fernández Albouy, consideramos la posibilidad de llevar a cabo la investigación en el grupo que asiste al taller brindado en conjunto con la Lic. Juliana Ramella, en el cual se desarrollan intervenciones con la perra Lola (IAP) cada quince (15) días, a partir del programa ofrecido por la municipalidad y concretado por la Lic. Fernandez Albouy.

De ser posible, solicitamos acceso a las historias clínicas de las personas mayores que forman parte del grupo mencionado anteriormente, para poder tener información objetiva y, de esta manera, describir de forma prudente y acertada a la población estudiada en nuestra tesis.

Por otro lado, se pide permiso para realizar un aproximado de seis encuentros durante la segunda mitad del año 2023, en los cuales ambas estudiantes podamos estar presentes para observar y llevar a cabo la investigación, teniendo como parámetro el marco de ética de la investigación, respetando la confidencialidad. Además, antes de comenzar con la experiencia, se le otorgará a cada concurrente un consentimiento informado, considerando su interés y motivación por participar, haciéndoles saber que siempre que ellos deseen pueden dejar de ser parte de la muestra de estudio.

Es de destacar que esta investigación no conlleva ningún gasto para la institución y que se respetarán los tiempos del establecimiento para no interferir en las actividades propias que se desarrollan en el mismo.

Sin otro particular, agradecemos su tiempo y quedamos a su disposición.

Atte: Arcuri, Lucero Mara. Di Rocco Camila.

42.044.166.

42.158.136.

Lic. Adriana Fernandez Albouy (Directora de tesis)

ANEXO IV

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.

TÍTULO DEL ESTUDIO:

La participación social en un grupo de personas mayores con diagnóstico de demencia que concurren al taller de Intervención Asistida con Perros desarrollado en el Centro Integral de la Memoria G.A.M.A.

INVESTIGADORES:

Arcuri, Lucero Mara. Estudiante avanzada de la Licenciatura en Terapia Ocupacional, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, de la Universidad Nacional de Mar del Plata (U.N.M.D.P).

Di Rocco, Camila. Estudiante avanzada de la Licenciatura en Terapia Ocupacional, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, de la Universidad Nacional de Mar del Plata (U.N.M.D.P).

OBJETIVO:

Analizar la participación social en personas mayores que reciben Intervención Asistida con Perros (IAP) en un taller brindado en el Centro Integral de la Memoria (G.A.M.A.) y describir el rol del terapeuta ocupacional en dicha intervención, durante el periodo comprendido de octubre a diciembre 2023.

PROCEDIMIENTOS:

Si consiento en participar sucederá lo siguiente:

1. Las estudiantes registrarán mediante la observación directa comportamientos y conductas que realizo durante el taller de Intervención Asistida con Perros.
2. Responderé a preguntas sobre mi estado emocional tanto al comienzo como al finalizar el taller de Intervención Asistida con Perros.
3. Las estudiantes registrarán mediante fotos los talleres desarrollados (los rostros se encontrarán pixelados).

De no estar de acuerdo con alguno de estos puntos, lo consignaré a continuación

.....

CONFIDENCIALIDAD:

La participación en la presente investigación no conlleva gastos económicos y toda la información obtenida es confidencial y será usada sólo a efectos académicos. Mi identidad será mantenida en el anonimato, y solo se utilizarán letras iniciales de ser necesario. Ante el deseo de conocer los resultados y conclusiones de la investigación se lo informaré a las autoras de la misma, compartiendo un número telefónico y/o correo electrónico.

DERECHO A REHUSAR O ABANDONAR: Mi participación en la investigación es enteramente voluntaria y soy libre de rehusarme a tomar parte o a abandonar en cualquier momento.

CONSENTIMIENTO: Consiento participar en esta investigación. He recibido una copia de este impreso y he tenido la oportunidad de leerlo y/o que me lo lean.

FIRMA:.....

FECHA:.....

FIRMA DE LAS INVESTIGADORAS:.....

.....

FIRMA DE LA DIRECTORA DE LA INVESTIGACIÓN:.....

DATOS DEL PARTICIPANTE EN CASO DE REQUERIR LOS RESULTADOS Y

CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO:

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

CORREO ELECTRÓNICO: